TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

PROFESSEUR FÉLIX LEGUEU

PARIS
LIBRAIRIE FÉLIX ALCAN
108, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 108
—
1920



TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

TITRES

1885. — Interne des hôpitaux.
1887. — Aide d'anatomie de la Faculté.
1890. — Prosecteur titulaire.
1892. — Chef de clinique des Maladies des voies urinaires à la Faculté.
1895. — Chirurgien des hôpitaux.
1898. — Agrégé de la Faculté (Premier de la section de Chirurgie), spécialisé pour la Chaire de Clinique des Maladies des voies urinaires, 1902-1906.
1912. — Professeur de Clinique des Maladies des voies urinaires, et chirurgien de l'hôpital Necker.

PRIX ET DISTINCTIONS HONORIFIQUES

Lauréat des hôpitaux (Médaille d'or de chirurgie. Prix de l'Internat, 1890).
Lauréat de la Faculté de Médecine (Prix des Thèses : médaille d'argent, 1891).
Lauréat de l'Académie de Médecine (Prix Alvarenza, 1911 ; Prix Huguier, 1899 ; Prix Argenteuil, 1913 ; Prix Tremblay, 1916).
Officier de l'Instruction publique (1905).
Chevalier de la Légion d'honneur (1911).

SOCIÉTÉS SAVANTES

Membre de la Société Anatomique (1897).
Membre titulaire de la Société de Chirurgie depuis 1901.
Membre de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pædiatrie.
Membre de l'Association française de Chirurgie.
Membre et ancien vice-président de l'Association française d'Urologie.
Membre de la Société internationale de Chirurgie.

Membre du Congrès périodique de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pædiatrie (Rapporteur à la session de Rouen, avril 1906).
Membre du Congrès international de Médecine (Rapporteur à Paris, 1900 et à Lisbonne, 1906).
Membre associé national de la Société de Chirurgie de Lyon.
Membre associé étranger de la Société de Chirurgie de Bucarest.
Membre et président pour 1921 de l'Association internationale d'Urologie.
Membre de l'Association française pour l'étude du cancer.
Membre correspondant de l'Association espagnole d'Urologie.
Fondateur et premier Président de la Société française d'Urologie.
Membre correspondant de l'Académie de Médecine de Rio-de-Janeiro.
Membre d'honneur de la Société des Médecins Serbes.

II

RÉSUMÉ SYNTHÉTIQUE

Appelé il y a trente ans à collaborer près de mon maître M. Guyon, retenu à ses côtés depuis ce moment comme collaborateur principal, choisi par lui comme son successeur à la Faculté et, en quelque sorte comme le conservateur de sa pensée et de ses traditions, j'ai surtout travaillé dans la spécialité qui était la sienne et qui est devenue le territoire où s'est exercée et où s'exercera désormais mon activité.

Je veux, dans les quelques lignes qui suivent, faire la synthèse de mes travaux en un rapide aperçu.

En premier lieu je citerai mes recherches sur la *Maladie prostatique*.

Étagés sur une période longue, ils représentent une suite presqu'ininterrompue et au cours de laquelle je puis noter des acquisitions importantes et des idées neuves.

Ainsi j'ai montré par des expériences sur l'animal que l'adénome prostatique était pourvu d'une réelle toxicité, et qu'il s'accompagnait d'une *éosinophilie* générale et locale.

Par des pièces, par des examens multiples, j'ai établi et permis à mes élèves d'établir de façon définitive, l'origine de l'adénome aux dépens des glandes de l'urètre postérieur ; mais en plus j'ai formulé une nouvelle doctrine de cette maladie en établissant que l'adénome n'en est qu'un élément et que cette maladie est constituée en réalité par une hypertrophie des éléments fibreux, musculaires et glandulaires du col. C'est une théorie essentiellement nouvelle et basée sur des centaines d'observations cliniques et anatomiques.

Pour le *traitement* de cette affection, j'ai contribué à installer en France, il y a seize ans, la prostatectomie hypogastrique. J'ai été le premier à la pratiquer à Paris, et, par toute une série de détails, à en modifier et à en perfectionner la technique et, dans ces dernières années, j'ai mis sur pied une *méthode d'anesthésie locale* que j'ai appliquée plus de trois cents fois et qui contribue à diminuer sensiblement la gravité de l'opération.

En étudiant les stades initiaux de la *transformation en cancer des papillomes vésicaux*, j'ai apporté une contribution à l'étude de la dégénérescenсd cancéreuse des tumeurs bénignes.

J'ai montré la valeur de la *concentration maxima* pour la détermination de la valeur fonctionnelle des reins et réglé les conditions de cette épreuve.

J'ai étudié le mécanisme de l'*azotémie post-opératoire*, établi l'importance de la raréfaction aqueuse chez des malades à concentration maxima abaissée et montré que le pronostic de ces troubles dépend de la qualité de cette azotémie, laquelle dépend moins du trouble rénal que du métabolisme des substances protéiques.

Dans le rein, j'ai étudié les processus de *guérison de la tuberculose* et montré toutes les manières de l'exclusion qui conduisent à la guérison partielle.

En *clinique*, j'ai découvert, signalé et décrit l'infiltration d'urine de la loge supérieure, le *phlegmon diffus périprostatique* : j'ai établi sa réalité, ses signes et son traitement. Jusqu'alors, on ignorait complètement cette affection, dont l'anatomie permettait cependant de soupçonner l'existence.

J'ai montré le rôle des lésions osseuses de la vessie à la suite des plaies de cet organe et la manière suivant laquelle les *fistules borgnes internes de la vessie* occasionnent des récidives de calculs, qui se produisent si souvent chez les blessés de la vessie. C'est une notion nouvelle.

J'ai utilisé, dans les plus larges mesures et suivant de nouvelles indications, les applications de la *radiographie dans l'appareil urinaire*, et j'ai appliqué pour la première fois la *cystoradiographie* à la découverte et au diagnostic des *tumeurs de la vessie*.

J'ai pu à l'aide de cette radiographie établir un nouveau cadre pathologique : la *dilatation congénitale des uretères* et en décrire les modalités cliniques.

En développant, en perfectionnant la pyélographie, en multipliant ses applications, j'ai pu diagnostiquer sur le vivant les uretères doubles dont les autopsies et les pièces anatomiques ont toujours montré la fréquence, mais qu'on ne peut reconnaître avec les seules données de la clinique. Ainsi je suis arrivé à établir aujourd'hui, sur une base tout à fait nouvelle, les indications de la néphrectomie partielle. Cette opération ne s'était jamais développée parce qu'il lui manquait l'exploration qui permettait à l'avance de définir les lésions.

Sur 20 cas d'uretères doubles diagnostiqués sur le vivant, six furent opérés par moi par la néphrectomie partielle avec succès.

Je signale plusieurs opérations qui m'appartiennent en propre et qui me paraissent des acquisitions heureuses en chirurgie.

Ce sont :

1° La *voie vagino-périnéale pour la cure des fistules recto-vaginales supérieures ;*

2° La *voie transpéritonéo-vésicale pour la cure des fistules vésico-vaginales opératoires ;*

3° La *voie sous-symphysaire pour la découverte de l'urètre chez la femme ;*

4° L'*exclusion de la vessie par l'implantation de l'uretère* dans le rectum pour traiter la tuberculose vésicale ;

5° De *nouvelles méthodes d'autoplastie de l'urètre.*

Parmi ces dernières, je signale la réparation de l'urètre avec des greffes de muqueuse vaginale qui est sortie de mon service, et dont j'ai aujourd'hui fait avec succès plusieurs applications heureuses.

Enfin, tout dernièrement, j'ai pu réaliser la *réparation de l'urètre*, avec une *greffe vivante d'aorte de chien* et obtenir, sur l'animal et sur un malade, un résultat qui me permet de considérer cette méthode comme une nouvelle orientation dans le domaine des réparations de l'urètre.

Titulaire de la chaire de Clinique urologique à Necker, j'ai groupé autour de moi des travailleurs, dirigé leurs travaux et favorisé des recherches et des découvertes intéressantes comme celles sur la *dissociation des azotémies*, sur *la glycémie critique* du *diabète*.

Pour centraliser ces recherches, grouper les mémoires sortis de ma Clinique, j'ai fondé et entretenu les *Archives urologiques de la Clinique de Necker* : deux volumes ont déjà paru, ils ne contiennent que des travaux originaux inspirés par moi et signés par mes élèves et par moi.

Enfin, avec l'aide de plusieurs grands ouvrages didactiques, j'ai propagé au dehors les découvertes de la chirurgie française.

III

ANALYSE DE QUELQUES TRAVAUX

Des rapports entre les testicules et la prostate.

(*Archives de physiologie normale et pathologique*, janvier 1896, nº 1.)

De nos expériences se dégagent les conclusions que voici : l'excision du canal déférent ne donne pas les mêmes résultats que la castration bilatérale : avec la castration, l'atrophie est très accentuée ; avec la résection des déférents, elle n'est ni aussi fréquente, ni aussi accentuée. L'influence de la résection sur la prostate est cependant manifeste, mais elle s'exerce plus lentement ; et, sans être absolument comparable à la castration, la résection m'apparaissait comme une opération susceptible de donner, dans certaines conditions, de bons résultats chez l'homme.

La toxicité générale des extraits de prostates hypertrophiées.

En collaboration avec le Dr Gaillardot.

(*Journal d'Urologie*, 1912, t. II, p. 1.)

Nous avons démontré la toxicité des prostates hypertrophiées. En injectant à l'animal une quantité variable d'extrait de ces prostates dans l'eau salée à 9 p. 100, nous avons obtenu un ralentissement considérable du cœur chez le chien et le lapin. A $1^{gr},40$ par kilogramme d'animal, l'effet est très important ; à 1 gramme, il l'est moins.

On voit se produire une chute brusque de la pression et des troubles respiratoires qui conduisent rapidement à l'apnée et à la mort.

Il est à noter que la section du pneumogastrique supprime l'effet de ces injections : d'où nous pouvons conclure qu'il s'agit là d'une action bulbaire.

Nous avons étudié comparativement l'action des sucs obtenus avec des fibromes de l'utérus, avec des adéno-fibromes du sein, et nous avons obtenu des résultats nuls.

Il y a donc bien une toxicité propre à l'adénome prostatique.

Valeur de l'éosinophilie dans le diagnostic des affections chirurgicales de la prostate.
En collaboration avec L. Morel.
(*Arch. Urol. de la Clin. de Necker*, t. I, p. 295.)

Nous avons montré que l'éosinophilie est une réaction habituelle chez les malades atteints d'adénome de la prostate. Et cette réaction témoigne ainsi de la toxicité que revêt l'adénome par lui-même ; d'ailleurs l'éosinophilie se trouve très marquée dans la région qui avoisine l'adénome à son pourtour, et elle disparaît dans les jours qui suivent l'ablation de l'adénome.

Nous avons trouvé dans cette réaction éosinophilique un moyen de diagnostic entre le cancer et l'adénome, la formule leucocytaire permettant, par la fréquence de l'hyperéosinophilie des porteurs de l'adénome, d'éliminer le cancer.

Prostatectomie hypogastrique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1903, p. 1150. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1905, p. 302. — *Société internationale de Chirurgie*, Bruxelles, 1905. — *IX*[e] *Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1905. — *Bulletins de la Société anatomique*, octobre 1905, LXXX, 6[e] série, t. VII, p. 740 (En collaboration avec Chirié). — *Rapport au XV*[e] *Congrès international de Lisbonne*, avril 1906.)

J'ai été un des premiers à pratiquer et à préconiser en France la prostatectomie de Füller-Freyer ; dès 1903, je présentais à la Société de Chirurgie mes premiers résultats, et, frappé dès le début de ce que cette opération avait de séduisant, je me suis attaché dans une série de publications à en montrer les avantages sur la prostatectomie périnéale.

J'ai montré par une série de pièces quels sont les divers aspects sous lesquels la prostate peut être enlevée par la voie hypogastrique ; la forme massive et la forme étalée avec conservation de la paroi antérieure de l'urètre prostatique. En respectant cette partie antérieure de l'urètre, on évite, ainsi que l'a montré M. Freyer, des hémorragies souvent graves.

En outre, j'ai cherché la manière suivant laquelle la vessie se répare à la suite de cette opération.

La loge prostatique fait partie de la cavité vésicale ; elle en est comme le diverticule inférieur, et, au-dessous des uretères, s'étend jusqu'au col vésical. Celui-ci est abaissé par ce fait de l'ablation de la prostate ; il est reporté à la partie postérieure de l'urètre membraneux et l'urètre dans son ensemble est ainsi très raccourci.

Cette cavité devient lisse, unie ; elle s'épidermise et nous avons trouvé en effet des lambeaux d'épithélium à sa surface.

Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie prostatique et les fonctions sexuelles après la prostatectomie de Freyer.

En collaboration avec le Dr Papin.

(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, vol. II, 1911, nos 13, 14, 15.)

1° Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie prostatique sont toujours situés en arrière de la prostate hypertrophiée ou plus exactement de l'adénome prostatique;

2° Après l'opération de Freyer, qui peut et doit laisser les canaux éjaculateurs intacts, les fonctions sexuelles sont ordinairement conservées.

Nos recherches cliniques sont la confirmation de cette thèse. Dans les observations que nous avons rassemblées, nous voyons que dans tous les cas, sauf un, les fonctions sexuelles sont conservées; dans un seul cas, l'érection est supprimée et très diminuée dans un autre. Dans la majorité des cas, l'érection est normale et les rapports se font comme avant l'opération; mais il n'y a pas d'éjaculation à l'extérieur dans tous les cas; cette éjaculation n'a persisté que dans trois cas seulement. La suppression de l'éjaculation s'explique par ceci, que les canaux éjaculateurs ont été rompus au cours de l'opération, alors que normalement ils pourraient et devraient être conservés. Il en résulte que l'orifice est, dans la cavité prostatique, rétréci, déformé ou peut même être oblitéré. Parfois, l'éjaculation se fait dans la cavité vésicale.

La maladie prostatique.

Le Mécanisme des rétentions vésicales d'origine prostatique.

(*Arch. Urol. de la Clinique de Necker*, tome II, fascicule 2, page 197.)

Dans ce travail j'ai étudié, sur plus de trois cents de mes dernières prostatectomies, les conditions dans lesquelles se produisent les rétentions, et à l'aide de documents cliniques, anatomiques et histologiques, je suis arrivé à une *conception nouvelle* de la maladie prostatique.

Jusqu'ici, en effet, on n'envisageait que les cas avec adénome et on attribuait la part prédominante à l'obstacle mécanique; même dans ces cas il est facile de voir que l'adénome ne joue pas un rôle exclusivement mécanique et, bien d'autres influences sont susceptibles d'agir. En réalité l'adénome n'est qu'un élément de la maladie prostatique : il est habituel, mais non pas nécessaire. Ce qui empêche la miction et force la rétention c'est l'inextensibilité du col due à des altérations histologiques. Ces altérations sont constituées par l'hypertrophie des éléments fibreux, musculaires et glanduleux du col, et qui, répartis d'une façon inégale, suivant les cas, produisent une combinaison d'influences mécaniques et d'influences dynamiques.

Ainsi la conception de la maladie prostatique se modifie encore une fois; elle fut au début une hypertrophie de la prostate; on a fait d'elle ensuite un adénome cervical. Pour nous, elle redevient et elle reste une hypertrophie mais une hypertrophie

de tous les éléments du col. L'adénome n'est qu'un aspect de la maladie ; quand il reste au second plan, l'hypertrophie des autres éléments l'emporte ; les symptômes sont souvent plus sérieux, mais la maladie, dans son essence, reste la même.

Cette hypertrophie n'a pas son origine dans l'inflammation ; elle résulte d'une action spéciale d'hormones spécifiques agissant sur le col, au moment où la prostate a fini son rôle, à la fin et au déclin de l'activité génitale.

L'anesthésie locale de la prostatectomie.

(*Académie de Médecine*, 4 avril 1916.)
(*Cliniques de Necker*, Paris, Maloine 1917, p. 259.)
(*Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. XL, 1914, p. 621.)

J'ai pu régler et d'une façon définitive la technique de l'anesthésie locale de la prostatectomie. Ce fut une des dernières conquêtes de la méthode de Reclus ; il eut la joie d'en voir les premières applications entre mes mains.

C'est par des recherches prolongées et minutieuses que j'ai pu établir dans quelle zone et suivant quelles proportions il convient de porter la solution analgésique pour pouvoir faire sans douleur l'extraction de l'adénome.

J'ai fait faire des aiguilles spéciales, qui me permettent de contourner l'adénome et, en utilisant de 200 à 250 grammes d'une solution de novocaïne au 1/200ᵉ, je puis enlever l'adénome prostatique sans anesthésie générale, sans le concours d'aucun autre anesthésique que la solution utilisée.

Cette technique est aujourd'hui bien définie en mes mains. Depuis que je l'ai fait connaître à l'Académie de Médecine en 1916, j'ai pu l'utiliser sur plus de 300 malades et en supprimant ainsi les risques de l'anesthésie générale, j'ai pu abaisser sensiblement la mortalité de la prostatectomie et étendre cette opération à des malades qui, par leurs tares organiques pulmonaires (emphysème), ou cardiaques (aortiques), ne semblaient pas devoir supporter l'opération.

L'autoplastie de l'urètre.

(*Cliniques de Necker*, Paris, Maloine, 1917. *Bulletin et Mém. de la Soc. de Chir.*, t. XXXVI, 1910, p. 256. *Paris médical*, 1918, n° 22, p. 417. *Journal of Urology*, 1918, p. 369.)

Avant et surtout pendant la guerre, je me suis attaché à la réparation des pertes de substance de l'urètre.

Pour cela j'ai surtout étudié et inauguré de nouvelles méthodes d'autoplastie.

Ainsi c'est dans mon service qu'est née la réfection de l'urètre avec un lambeau de muqueuse vaginale. Depuis la première opération faite avec Tanton, j'ai opéré plusieurs malades par cette méthode et en ai obtenu de très bons résultats.

J'ai réglé la technique de cette opération nouvelle et précisé quelques points qui commandent la réussite.

Cette méthode de réparation de l'urètre, avec un lambeau de muqueuse pris sur

un autre être, est une orientation nouvelle des réparations des pertes de substance de l'urètre.

Plus récemment, j'ai essayé de reconstituer l'urètre masculin avec un segment *d'aorte de chien*. Des expériences faites sur l'animal, dans mon laboratoire, avaient montré la légitimité de cette opération et, sur un malade, dont l'observation n'est pas encore publiée, j'ai obtenu un résultat magnifique.

Cette nouvelle méthode ne peut être encore jugée d'une façon définitive, mais son originalité m'appartient en propre.

L'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie:
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 965.
Bulletin médical, 22 octobre 1910, p. 971.)

J'ai pensé trouver dans la dérivation complète des urines par le gros intestin un moyen de mettre la vessie complètement au repos et de supprimer les douleurs de sa contraction.

Telle est l'opération que j'appelle *exclusion vésicale*. Le terme est nouveau, mais la chose ne l'est pas : depuis longtemps on a implanté dans l'intestin des uretères. Ce qui est original ici, c'est l'application à la tuberculose d'une opération connue.

Sur un malade qui, cinq ans après une néphrectomie, souffrait d'une cystite tuberculeuse extrêmement douloureuse, j'ai vu de suite, après l'implantation du seul uretère dans l'anse sigmoïde, les douleurs cesser immédiatement, le ténesme disparaître, et la vessie n'a plus jamais fait sentir sa présence.

Le soulagement immédiat et définitif obtenu par mon malade opéré depuis huit mois, la résurrection extraordinaire qu'il a subie au point de vue général, m'autorisent à demander pour l'exclusion vésicale une place exceptionnelle mais très précieuse dans le traitement des cystites tuberculeuses graves et peut-être même de quelques cystites rebelles non tuberculeuses.

Application de la radiographie à l'appareil urinaire.
(Un ouvrage, Paris, Gittler, 1913.)

Exploration radiographique de l'appareil urinaire.
Technique et accidents de la pyélographie.
(*Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. I, fasc. 1, p. 12.)

De la radiographie des rétentions rénales.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, n° 35, p. 1306.)

La cystoradiographie.
En collaboration avec Papin.
(*Presse médicale*, 3 décembre 1919 p. 733.)

Dans un ouvrage, qui est le premier de son espèce, nous avons rassemblé tous les

documents concernant la radiographie de l'appareil urinaire, et nous avons ajouté beaucoup d'observations personnelles qui, avec une illustration très riche, font de cet ouvrage un document très complet et, par certains points, très nouveau.

C'est dans cet ouvrage que nous avons, pour la première fois, publié des *radiographies de tumeurs de la vessie;* appliquant ainsi à l'étude de cette maladie les bénéfices d'une exploration nouvelle, la *cystoradiographie*, dont, dana d'autres publications nous avons étudié exclusivement les applications. Nous avons pu en remplissant la vessie de collargol obtenir et montrer en clair les contours de la tumeur.

Depuis lors, dans toute une série de publications, nous avons étudié la *pyélographie* dans sa technique, dans ses accidents, dans ses indications et dans ses résultats; nous avons ainsi précisé très nettement l'étude des premières phases de l'hydronéphrose. Nous avons appliqué la pyélographie à l'étude des uretères doubles et montré comment, sur le vivant, aujourd'hui à l'aide de 20 observations personnelles, il était possible de faire le diagnostic de façon très exacte et d'orienter l'opération vers des directives précises. J'ai pu ainsi rénover la néphrectomie partielle autrefois pratiquée, mais dont l'extension était rendue impossible par l'absence de diagnostic ; au contraire, grâce à la pyélographie, on peut à l'avance connaître la localisation des lésions dans le rein ; on peut aborder l'opération en connaissance de cause et conserver au malade par l'ablation des seules parties rénales malades et de l'uretère supplémentaire correspondant, la guérison complète, sans faire le sacrifice total du rein.

Plus récemment j'ai appliqué la pyélographie à l'étude d'un kyste hydatique du rein et pu préciser à l'avance les connexions du kyste avec le rein et donner à l'intervention une précision qu'elle n'avait jamais encore trouvé en pareille circonstance.

De la voie transpéritonéo-vésicale
pour la traitement des fistules vésico-vaginales opératoiras.

(*Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, 4 février 1919, page 170.
Annales de Gynécologie, 1919).

J'ai inauguré et vulgarisé une nouvelle voie pour la cure des fistules vésicovaginales : c'est la voie abdominale.

Jusqu'alors ces fistules, quelles qu'elles fussent, n'étaient jamais abordées que par la voie transvésicale.

J'ai montré qu'il était possible d'aborder certaines fistules consécutives à l'hystérectomie abdominale ou vaginale par la voie haute à travera le péritoine.

Non seulement il ne faut pas craindre l'ouverture de la séreuse, mais, au contraire, on peut avec avantage utiliser, pour la réparation de la fistule, les propriétés adhésives du péritoine, qui donnent tant de succès dans la chirurgie intestinale.

Et j'ai réglé une technique détaillée, qui m'a permis de guérir dans la proportion de 100 p. 100 les fistules que je crois bon d'aborder par cette voie.

Elle consiste dans les temps suivants :

1° Ouverture large par le laparotomie de la vessie et du vagin, d'un même trait large de bistouri porté en plein au milieu de la face postérieure de la vessie ;

2° Séparation au bistouri de la vessie et du vagin, séparation poussée sur une assez grande profondeur ;

3° Fermeture isolée de deux orifices à l'aide de fils de soie fine, ou de catgut chromé ;

4° Péritonisation de chaque zone et suture, et réunion sans drainage.

Cette technique a été utilisée par d'autres chirurgiens avec la même proportion de succès que j'ai obtenue.

Et je puis ainsi considérer cette technique comme assez bien établie pour prendre rang et d'une façon définitive à côté des autres voies, pour le traitement en particulier des fistules hautes et situées au-dessus de la zone interurétérale.

Les fistules borgnes internes de la vessie.

(*Académie de Médecine*, 5 décembre 1916. *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1915, t. XLI, p. 2181 et *Cliniques de Necker*, Paris, Maloine, 1917, p. 340).

La chirurgie de guerre a montré que les calculs vésicaux étaient très fréquents chez les blessés de la vessie.

Ni les corps étrangers de la vessie, ni les séquestres osseux ne peuvent à eux seuls expliquer la fréquence de ces calculs.

J'ai établi par des observations cystoscopiques et des opérations que ces calculs étaient la conséquence d'une fistule borgne interne ostéopathique de la vessie.

La balle ou l'éclat qui a blessé la vessie a fait une fracture du pubis ou de ses branches ; le foyer de la fracture reste en communication avec la vessie et lorsque plusieurs mois après, toutes les plaies et fistules extérieures sont fermées, il persiste encore à l'intérieur de la vessie une communication minuscule avec le foyer osseux : c'est la fistule ostéopathique. Par celle-ci, les poussières osseuses tombent dans la vessie et elles y deviennent le centre de formation de ces calculs secondaires si fréquents et dont la raison avait échappé avant aux recherches.

Le phlegmon diffus périvésical d'origine prostatique.

(*Journal d'Urologie*, t. III, n° 1, 15 juin 1913, p. 1.)

Cette publication a pour but de combler une lacune dans la nosographie.

Les périurétrites phlegmoneuses diffuses de la loge inférieure du périnée étaient seules connues et nous ne connaissions pas de périurétrites phlegmoneuses de la loge supérieure. Elles devaient cependant exister puisqu'il y a des prostatites et que ces prostatites sont susceptibles de présenter dans certains cas une virulence analogue à celle que produit l'infiltration d'urine dans la loge inférieure du périnée.

L'observation que je rapporte ici montre comment et dans quel sens se fait autour de la vessie la propagation d'une infection hyperseptique : elle se fait dans les limites de la gaine allantoïdienne et suivant des signes cliniques dont j'ai à l'aide d'une deuxième observation essayé de tracer l'ébauche.

Les gangrènes vésicales par anaérobies.

(*Journal d'Urologie*, t. VII, p. 104.)

A l'aide de plusieurs observations de malades qui éliminaient spontanément ou par la taille hypogastrique la totalité de leur muqueuse vésicale avec une certaine épaisseur de leur musculature, j'ai établi la part des anaérobies dans la pathogénie de ces gangrènes.

Malgré leur gravité les désordres peuvent se réparer et les malades vivre plusieurs années avec une reconstitution de leur vessie et une régénération au moins partielle de leur musculature.

Origines et transformations des papillomes vésicaux.

En collaboration avec le Dr Verliac.

(*Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1910, p. 130.)

Nous avons repris, dans notre laboratoire les tumeurs classées et étiquetées comme papillomes depuis quelques années : nous y avons ajouté les récidives que nous avons trouvées depuis. Sur ces tumeurs nous avons fait des *coupes en série*.

Sur plusieurs points, nous avons apporté quelques éclaircissements ou quelques données nouvelles.

Pour nous, le papillome n'est pas une tumeur primitive, ou au moins il n'est pas le stade primitif de l'altération dermo-épithéliale qui le constitue.

Son développement est secondaire à l'existence d'une *lésion dermo-épithéliale* chronique, qui explique et l'origine du papillome et les récidives rapides de la néoformation du cancer après l'opération.

Cette lésion consiste en une hypertrophie localisée du derme, qui se soulève en papilles recouvertes d'un épithélium proliféré ayant les mêmes caractères que l'épithélium du papillome. Cette lésion représente en miniature l'altération qu'est le papillome : c'est à ses dépens que se forme la tumeur et nous avons pu assister à la formation des villosités aux dépens de ces ébauches de papilles.

Cette lésion se retrouve à la base et autour du papillome : quand elle n'existe pas, on peut penser qu'elle a été totalement utilisée pour la constitution du papillome.

Ainsi le papillome n'est qu'un stade de l'évolution épithéliale qui, de l'irritation inflammatoire chronique, peut aboutir au cancer. Mais pour aboutir à cette terminaison, il lui est nécessaire de modifier sa structure par une métamorphose de son tissu,

La pénétration des cellules épithéliales au milieu du tissu conjonctif qui constitue l'axe de la villosité nous paraît le procédé le plus fréquent par lequel un papillome bénin prend une nature néoplasique. En général, ce sont de véritables bourgeons épithéliaux qui s'enfoncent ainsi dans le tissu conjonctif de la villosité. Sur les coupes en série, on voit le bourgeonnement épithélial se faire en profondeur, et dissociant les éléments de l'axe vasculo-conjonctif former au centre de la villosité une masse épithéliale qui, sur une coupe transversale, se montre entièrement entourée de tissu conjonctif. Là est le stade primitif de la transformation cancéreuse, et il n'est possible de le voir que sur des coupes en série.

Discutant à nouveau les hypothèses par lesquelles on a cherché jusqu'ici à expliquer les *récidives* des papillomes, à savoir l'*ensemencement* de la muqueuse, l'*inclusion opératoire*, nous montrons qu'aucune n'est susceptible d'expliquer la repullulation de ces tumeurs. Et nous sommes ainsi amenés à une nouvelle conception basée sur des faits anatomiques précis. Pour nous, la récidive rapide des papillomes typiques après l'opération est due à l'existence dans la vessie, au moment de l'intervention, d'autres plaques analogues dont l'opération ne peut arrêter l'évolution Ainsi, la nouvelle tumeur est de caractère absolument égal à la première.

Mais, à côté de ces récidives bénignes, il en est d'autres qui se font après l'ablation des papillomes sous forme de cancer ; on a opéré un papillome, l'histologie a montré que la tumeur était bénigne. Et cependant quelques mois après survient une récidive qui a les caractères cliniques et anatomiques des vrais cancers. Ces faits n'ont pas manqué de jeter un certain trouble sur une question déjà embrouillée.

Nos recherches nous ont permis de trouver l'explication de ces faits ; dans certains cas, la première tumeur n'était qu'apparemment bénigne, et en reprenant pour des coupes en série des tumeurs déjà étiquetées papillomes bénins, nous avons pu quelquefois trouver au centre de la tumeur les premiers stades de l'évolution cancéreuse. Et il n'est plus alors étonnant que la tumeur récidive en cancer.

Mais, dans d'autres cas, nous avons pu constater que la transformation cancéreuse de la récidive se faisait au niveau de la plaque dermo-épithéliale, qui, insuffisamment enlevée, présentait son évolution naturelle vers l'infiltration cancéreuse.

Ainsi, grâce à nos recherches, s'éclairent certains faits qui étaient tout à fait paradoxaux et inexplicables.

Contribution à l'étude anatomique et pathogénique des kystes du rein.

En collaboration avec M. Verliac.

(*Recueil de Mémoires d'Urologie médicale et chirurgicale*, juillet 1911, Paris, Masson.)

A la question, toujours controversée, des kystes du rein, nous apportons l'appoint de quelques observations et de quelques réflexions personnelles et nous étu-

dions à part la pathogénie des *kystes vrais du rein* et celle des *kystes dans la tuberculose rénale*.

1. *Dans les kystes vrais du rein*, nous distinguons les *kystes œdémateux*, les *kystes glomérulaires* et les kystes dus à la *dilatation des tubes rénaux*. Pour ceux-ci, nous éliminons absolument la théorie classique de la sclérose interbulaire avec rétrodilatation passive, et nous admettons que l'affection qui lèse le rein l'atteint dans toutes ses parties : épithélium, paroi du tube et tissu conjonctif. Si le tube est un moment isolé, l'épithélium donnera, par sa sécrétion, naissance à un liquide qui sera sensiblement égal à l'urine.

Pour les *grands kystes séreux du rein*, nous basant, toujours d'après nos observations personnelles, sur l'absence de toute lésion scléreuse au voisinage de ces kystes, nous adoptons pour leur pathogénie la théorie de l'*origine congénitale* comme *pour les gros reins polykystiques*.

II. Pour les *kystes dans la tuberculose rénale*, nous montrons que quelques-uns sont le résultat d'une caverne tuberculeuse qui, après s'être vidée de son contenu, a vu s'oblitérer son orifice de communication avec le bassinet. La même tendance cicatricielle, qui arrêtait l'évolution tuberculeuse de la paroi cavitaire, favorise cette oblitération, empêchant l'épithélium du bassinet de venir tapisser la paroi de la caverne, comme fait l'épithélium bronchique sur les cavernes pulmonaires cicatrisées. Après l'évacuation de la caverne, la sclérose a envahi la paroi caverneuse, amenant la disparition progressive du tissu tuberculeux : les lésions d'endartérite ont joué probablement un rôle important et dans l'évolution de la sclérose et dans l'atrophie progressive du tissu tuberculeux, et ainsi ces lésions peuvent ne plus présenter aucune trace de tuberculose, et ressembler à un kyste séreux du rein.

Etude anatomique de la tuberculose rénale.
(Processus de guérison.)

(Avec la collaboration de PAPIN et VERLIAC)

(*Arch. Urol. de la Clin. de Necker*, t. I, page 434.)

Dans ce travail, le plus complet et le plus fouillé qui ait été publié sur les lésions histologiques dites de guérison de la tuberculose rénale, nous avons montré comment des lésions initiales aux lésions ultimes, une série de transformations se présentent qui conduisent à des guérisons partielles, guérisons *en surface sans exclusion*, guérisons par *exclusion*, guérison par *pseudo-kystes* et jusqu'à l'amputation partielle et spontanée.

Ces faits anatomiques, malheureusement, n'empêchent pas l'évolution progressive, sur d'autres points du même rein, de la tuberculose, et ne changent pas la doctrine actuelle qui conduit à enlever les reins tuberculeux, mais explique la marche incessante du processus qui guérit sur un point quand il s'étend sur un autre.

Du pronostic post-opératoire chez les néphritiques.
En collaboration avec Chabanier.
(*Société française d'Urologie*, juillet 1920.)

Etude critique de l'azotémie et de la constante uréo-secrétoire, *Presse médicale*, n° 20, 8 avril 1918.

Du rôle de la constante uréo-secrétoire en chirurgie, *Paris Médical*, octobre 1917.
En collaboration avec Chabanier.

Nous étudions dans plusieurs publications le mécanisme de l'azotémie post-opératoire.

Tantôt on observe, dans les jours qui suivent une intervention, une véritable *néphrite aiguë*, au sens fonctionnel du mot tout au moins : il se produit, en effet, une chute rapide de la concentration urinaire et, parallèlement, une ascension de l'azotémie qui atteint progressivement 1 gramme, 2 grammes, 3 grammes ou des taux beaucoup plus élevés. Cette néphrite peut survenir indistinctement chez des sujets dont les reins avaient au préalable un fonctionnement normal, comme chez des sujets dont l'activité rénale, ainsi que le montrait la constante uréo-secrétoire était plus ou moins fortement diminuée ; il n'y a, en effet, aucun rapport entre la diminution de valeur fonctionnelle des reins et leur fragilité, cette dernière étant impossible à prévoir dans l'état actuel de nos connaissances.

A côté de cette néphrite aiguë, qui est plutôt exceptionnelle, l'azotémie post-opératoire peut relever d'un autre mécanisme qui consiste dans une diminution de la diurèse : c'est donc une azotémie par oligurie relative, comme nous l'avons définie en 1913 avec L. Ambard et Chabanier. Consécutivement à l'opération on observe, en effet, une chute plus ou moins marquée de la diurèse, et en même temps on voit la concentration de l'urée dans l'urine augmenter progressivement jusqu'à un certain taux, à partir duquel elle reste étale. Cette dernière valeur représente la concentration maxima de l'urée du sujet considéré. L'azotémie post-opératoire aura d'autant plus de chance d'être accentuée que la chute de la diurèse sera elle-même plus intense et plus longue. On conçoit encore qu'à égalité de chute de diurèse, l'azotémie sera d'autant plus accentuée que la concentration maxima sera plus basse. Enfin, on peut encore comprendre que des sujets, même ayant des reins très altérés, puissent ne pas présenter d'hyperazotémie dans les jours qui suivent l'intervention, pour peu que leur diurèse se maintienne suffisamment élevée pour que toute l'urée qu'ils fabriquent soit excrétée. Cependant il n'y a, en effet, pas de relations constantes entre l'intensité de l'azotémie et l'évolution des troubles que peut présenter le malade. Dans certains cas, en effet, on voit des malades présenter une azotémie post-opératoire pouvant être très élevée sans qu'il existe de phénomènes cliniques permettant de penser à une rétention azotée, et ces malades traverser heureusement la phase post-opératoire.

Inversement, on voit des sujets présenter une azotémie moins élevée, ne dépassant pas 3 grammes ou même 2 grammes et avoir des accidents toxiques très accentués auxquels font suite le coma et la mort.

Les faits de notre Clinique rapportés par Ambard, Chabanier et nous-mêmes établissent que les azotémiques qui ne présentent pas de symptômes d'intoxication ont dans leur plasma une quantité d'azote non uréique normale ou voisine de la normale et que, au contraire, ce même azote résiduel est en quantité exagérée lorsque s'installe le syndrome toxique et varie d'une manière sensiblement parallèle à ce dernier. Dans le cas particulier de l'azotémie post-opératoire, nous avons pu constater que la même coïncidence existe entre le syndrome urémique et le degré de l'azote non uréique du plasma. Ceci nous amène donc à penser que l'élément important dans le pronostic post-opératoire n'est pas le degré d'intensité du trouble rénal, dont l'azotémie est le reflet, mais bien la *qualité de cette azotémie*, laquelle dépend non pas du trouble rénal, mais de troubles extra-rénaux qui portent sur le métabolisme des substances protéiques et dans la genèse desquels il est vraisemblable d'admettre que des modifications fonctionnelles du foie, pour ne citer que cet organe, doivent intervenir. Ce sont donc, comme on le voit, deux choses différentes que d'évaluer aussi précisément que ce soit l'ordre de grandeur du trouble rénal post-opératoire et d'apprécier l'évolution que pourra déterminer l'hyperazotémie déclanchée par ce trouble.

Les considérations qui précèdent ont cependant à notre sens cet intérêt d'attirer l'attention du chirurgien, non seulement sur la fonction rénale même, mais également sur l'état d'autres fonctions dont le trouble est susceptible de déclencher des accidents toxiques pouvant aboutir à la mort.

Il convient de remarquer de plus que l'accumulation des produits azotés toxiques élaborés dans l'organisme du fait du trouble du métabolisme auquel nous venons de faire allusion, sera d'autant plus rapide, toutes choses égales d'ailleurs, que le trouble rénal sera plus accentué.

En ce qui concerne le trouble même du métabolisme des protéiques, il n'existe malheureusement pas actuellement de moyens de prévoir au préalable s'il se déclenchera dans la phase post-opératoire et quel sera son ordre de grandeur.

Etude de la concentration maxima dans son rôle avec l'azotémie.
En collaboration avec Ambard et Chabanier.
(*Arch. Ur. de la Clin. de Necker*, t. I, p. 275.)

Nous avons mis sur pied l'épreuve de la concentration maxima, dont la valeur en clinique peut être considérable. Nous démontrons son utilité et son importance, pour expliquer certains des accidents qui se produisent au lendemain d'une opération, et certaines élévations de l'azotémie par raréfaction de l'eau, sous l'influence du chloroforme, de la diète et du purgatif post-opératoire, et nous demandons la recherche de la concentration maxima comme mesure du fonctionnement de la valeur des reins.

Anatomie pathologique et pathogénie des hydronéphroses.

En collaboration avec le Dr Albarran.

Sixième Congrès français de chirurgie, Paris, 1899, p. 561.

Bulletins et Mémoires de la Société de chirurgie, 1904, p. 415.

Dans un premier travail, basé sur des expériences et sur quelques observations cliniques, nous avons voulu : 1° établir l'existence des hydronéphroses primitivement fermées ; 2° étudier l'évolution différente des hydronéphroses ouvertes et des hydronéphroses fermées ; 3° présenter quelques remarques sur les rapports des hydronéphroses avec les coudures urétérales.

1° La *ligature complète* d'un uretère chez des chiens, sacrifiés vingt-six jours, deux mois et quatre mois et demi après la ligature, a produit des hydronéphroses aseptiques, quelquefois considérables et pouvant persister fort longtemps sans atrophie rénale. Dans tous les cas, comme Cohnheim, Strauss et Germont, Albarran l'avaient déjà constaté, l'hydronéphrose est primitive, et l'atrophie du rein, quand elle se produit, n'est que secondaire.

2° Lorsqu'on fait une ligature *incomplète* de l'uretère, on constate un retard sensible dans l'évolution de l'hydronéphrose.

Mais si ces hydronéphroses ouvertes se développent plus lentement, elles acquièrent par contre un volume beaucoup plus considérable que les fermées ; ceci tient à ce que, la pression intra-urétérale étant moindre dans les hydronéphroses ouvertes, le rein s'atrophie plus lentement et continue à sécréter.

Sur un malade opéré par M. Guyon d'une volumineuse hydronéphrose, la néphrectomie transpéritonéale permit d'enlever une poche contenant plus de 1 200 centimètres cubes de liquide. Or l'uretère était *perméable*, et laissait passer une bougie n° 15 ; il y avait encore une certaine quantité de tissu rénal.

Au contraire, une autre pièce concerne un uretère obturé *complètement* à son extrémité vésicale. L'oblitération était ancienne : et sur cette pièce fermée, il y a une hydronéphrose petite avec 180 grammes de liquide seulement.

D'où nous concluons que les hydronéphroses ouvertes marchent plus lentement, mais arrivent à un volume beaucoup plus considérable que les hydronéphroses fermées.

3° Toute hydronéphrose déterminée par un obstacle au cours de l'urine siégeant dans l'uretère depuis quelques centimètres au-dessous du rein jusqu'à son extrémité vésicale *s'accompagne d'une coudure* à disposition presque toujours typique siégeant au niveau de l'extrémité supérieure de l'uretère.

Par suite de l'excès de tension l'uretère, en effet, se dilate et s'allonge : il doit donc s'infléchir.

Ces coudures urétérales, consécutives à l'hydronéphrose, sont absolument indé-

pendantes de tout déplacement du rein : elles ne gênent pas le cours de l'urine. Dans quelques cas cependant la coudure peut déterminer la formation d'une sorte de valvule, qui rétrécit alors l'orifice d'abouchement de l'uretère dans le bassinet : il en était ainsi sur une de nos pièces.

Ces coudures *secondaires* sont à distinguer des coudures *primitives*, au point de vue de la pathogénie de l'hydronéphrose : pour que la coudure puisse être considérée comme la cause de l'hydronéphrose, il *faut bien établir que la portion coudée n'est pas dilatée.*

Les orientations nouvelles du problème de la néphrectomie.

(*Journal de l'Urologie Médicale et Chirurgicale*, t. IX, 1920, p. 1.)

Aujourd'hui, vingt ans après l'introduction du cathétérisme urétéral dans la pratique urinaire, j'ai démontré que, en ce qui concerne la détermination de la valeur fonctionnelle du côté sain, le cathétérisme de l'uretère ne présentait plus une garantie scientifique. Pour obtenir cette garantie, il est nécessaire d'avoir, conformément aux lois établies par Ambard, la comparaison entre la composition du sang et la composition de l'urine, autrement dit d'avoir la notion de l'azotémie et de la constante.

Et, dans ce travail, je montre que la néphrectomie est possible et qui, plus est, possible avec des résultats analogues à ceux que donnait le cathétérisme de l'uretère, même dans les cas où celui-ci est absolument impossible et où l'opération fut basée, en ce qui concerne la détermination de la valeur fonctionnelle du côté opposé, uniquement sur la recherche de la constante et de l'azotémie.

Il y a là, à mon sens, une orientation nouvelle du problème de la néphrectomie, qui n'enlève rien au cathétérisme de l'uretère en ce qui concerne le problème de la localisation, mais qui le complète d'une façon heureuse et permet, scientifiquement, en ce qui concerne la valeur du côté opposé, d'obtenir avant l'opération une garantie formelle.

Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein.

(*Presse médicale*, 17 août 1895, p. 321.)
IIe Session de l'Association française d'Urologie, Paris, Doin, 1897.)

En me basant sur les documents cliniques et les pièces anatomo-pathologiques, j'ai établi que le varicocèle reconnaissait souvent pour cause *la compression des veines spermatiques par l'adénopathie prévertébrale.*

Tous les faits que j'ai observés depuis mes premières recherches m'ont confirmé dans cette manière de voir.

Cette conception de la pathogénie du varicocèle dans les tumeurs malignes du rein est d'une grande importance; le varicocèle, en effet, n'a plus seulement la valeur diagnostique sur laquelle M. Guyon le premier avait insisté ; il comporte un

élément pronostique de la plus haute valeur. Il indique que les ganglions sont pris ; et alors, ou bien il ne faut pas opérer, ou bien, si on opère, on doit poursuivre les propagations ganglionnaires dont le varicocèle est la manifestation extérieure et visible.

Des fistules post-opératoires après la néphrectomie pour tuberculose.
(Revue de Chirurgie, 1909, p. 86.)

La tuberculose de la capsule graisseuse du rein fut observée jusqu'ici par tous les chirurgiens et signalée souvent, au cours de ces périnéphrites tuberculeuses, qui se propagent de proche en proche depuis les tubercules de la surface du rein jusqu'aux régions éloignées de la région lombaire. Mais, à côté de cette forme classique, de la tuberculose périrénale, j'ai signalé des lésions de tuberculose *à distance,* dans la capsule graisseuse du rein, et dans des cas où le rein est absolument sain à sa surface, et d'autre part où la capsule graisseuse du rein ne présente elle-même à l'œil nu et au palper aucune modification qui puisse permettre de penser qu'elle est malade.

Ces faits éclairent d'un jour nouveau la pathogénie de ces fistules post-opératoires en quelque sorte incompréhensibles, que l'on voit se produire après des opérations correctes et dans lesquelles le rein a été enlevé en bloc, en vase clos, sans ouverture, et sans contamination possible de la loge rénale.

Au point de vue opératoire, elles nous amènent à une conclusion pratique : l'*ablation systématique de la capsule graisseuse du rein* dans tous les cas de néphrectomie par tuberculose et non pas seulement comme on le faisait alors, dans les cas où elle est altérée et nettement malade.

Guérison par radiumthérapie d'un cancer urétro-vaginal.
En collaboration avec Chéron.
(Journ. d'Urol., 1914, t. I, p. 291.)

A l'action si curieuse et encore mal définie du radium sur les cancers j'apporte un fait intéressant : un cancer de l'urètre inopérable a guéri par le radium. Mais il guérit par élimination totale des parties cancéreuses.

Plusieurs années après, pour réparer l'infirmité terrible qui résultait pour cette malade de la disparition de tout l'urètre, je dus faire l'implantation des uretères dans l'intestin. La malade mourut ; or, à l'autopsie nous n'avons pu trouver ni localement ni à distance aucun noyau de généralisation, aucune cellule cancéreuse malgré des investigations étendues à tous les organes.

Traitement des indurations plastiques des corps caverneux par l'excision et l'autoplastie avec l'aponévrose du fascia lata.
(Arch. Urol. de la Clin. de Necker, tome II, fascicule 3, page 415.)

J'ai montré, à l'aide de plusieurs observations, qu'il était possible de guérir par

excision toute induration des corps caverneux en réparant les brèches par l'autoplastie d'un lambeau du fascia lata, qui comble la brèche faite aux corps caverneux et empêche la déviation inévitable que produirait la suture à lui-même du corps caverneux.

Nouveau procédé d'urétrotomie externe chez la femme. De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre féminin.
(*IIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, Doin, 1897.)

Pour aborder l'urètre féminin, on suit en général la voie vaginale et, pour pratiquer l'urétrotomie externe, on incise le vagin. Mais lorsque la réunion échoue, il en résulte une fistule qu'il est souvent difficile de guérir.

Pour remédier à cet inconvénient, j'ai cherché à aborder l'urètre par la face supérieure, par la voie sous-symphysaire. J'ai montré comment, par une incision curviligne tracée entre le méat et le clitoris, on pouvait décoller l'urètre de la symphyse et mettre à nu sa face supérieure jusqu'au col de la vessie.

Nouvel urétrotome.
(*Presse médicale*, 1911, p. 601.)

J'ai cherché à réunir dans ce nouvel urétrotome les qualités de simplicité et de rapidité de l'urétrotome de Maisonneuve avec les sections multiples exigées aujourd'hui par la chirurgie moderne pour l'élargissement des rétrécissements de l'urètre.

En cheminant dans l'urètre, cet urétrotome fait dans un seul voyage, avec sa lame losangique à quatre tranchants tournant autour de la tige conductrice, les quatre sections nécessaires, et sur des pièces d'autopsie j'ai pu me rendre compte de la réalité de ces quatre sections, comme de l'intégrité de l'urètre dans les intervalles des rétrécissements.

Je n'ai vu avec cet instrument aucun accident, et il me paraît avoir sur les autres urétrotomes de très réels avantages.

La voie vagino-périnéale dans la cure des fistules recto-vaginales supérieures.
(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1903, p. 793.
Presse médicale, 26 août 1903, n° 686, p. 10.)

Les fistules recto-vaginales supérieures, celles qui sont situées au fond du vagin, près du col, en haut du cul-de-sac postérieur, offrent au chirurgien des difficultés particulières qui tiennent à l'élévation de la fistule et à la difficulté des manœuvres à ce niveau.

C'est pour le traitement de ces fistules hautes et difficiles que j'apporte ici un nouveau procédé. Je combine, dans la même opération, les avantages que donne la voie périnéale par dédoublement et le jour très considérable que donne *la fente totale*

du vagin depuis la vulve jusqu'au-dessus de la fistule. C'est là le point original du procédé.

Premier temps : Incision transversale entre l'anus et la commissure postérieure ; incision plus près de la vulve que de l'anus, comme dsns la périnéorraphie.

Deuxième temps : Décollement du rectum et du vagin jusqu'à la fistule.

Troisième temps : Incision longitudinale aux ciseaux de toute la longueur de la paroi vaginale décollée. A ce moment, on a une large brèche, créée par l'écart des lèvres de l'incision vaginale ; en haut, se voit l'orifice de la fistule ; en arrière, on voit la paroi du rectum dénudé. Grâce au jour que donne cette arcade, le décollement est poussé autour et *au-dessus* de la fistule. Dès lors, la fistule est réduite à un seul orifice rectal : l'orifice vaginal se confond avec la fente faite à la paroi postérieure du vagin.

Quatrième temps : Suture isolée, à points séparés et au catgut, de cet orifice rectal. Sur la paroi rectale la paroi vaginale est abaissée, suturée dans toute sa hauteur ; la suture est faite de telle façon que l'accolement soit partout parfait, que les muscles releveurs soient suturés en arrière du vagin. La plaie vulvaire est enfin suturée par quelques points de crin de Florence et reste la seule trace extérieure de l'opération terminée.

La suppression du drainage, l'adaptation exacte des plans primitivement décollés, m'ont paru très favorables au succès ; je n'insiste pas sur la désinfection préalable du rectum, ni sur la constipation ultérieure nécessaire ici comme dans toutes les opérations de ce genre.

Cette incision de la paroi du vagin m'a paru donner un jour considérable pour ces manœuvres à faire au fond d'un dédoublement mené jusqu'à sa limite supérieure. Elle donne tous les avantages de la voie vaginale et de la section du périnée telle qu'on la faisait autrefois, sans exposer aux mêmes inconvénients. Et j'espère que la voie *vagino-périnéale* permettra ainsi d'aborder plus facilement et plus sûrement ces fistules recto-vaginales supérieures qui, jusqu'alors, étaient, par leur siège, plus que toutes les autres, difficiles à atteindre et à bien obturer.

Modification à la technique de la taille hypogastrique.

Annales des maladies des organes génito-urinaires, 1893, p. 367.
6e session de l'*Association française d'Urologie*, Paris, 1902.
Ibid., Paris, 1903, p. 592.

Dans toute une série de travaux, j'ai modifié et perfectionné la technique de la taille hypogastrique.

1° D'abord, dès 1893, j'ai proposé un dépresseur pour ls paroi vésicale, qui fut déjà à ce moment un vrai progrès.

L'inconvénient des écarteurs dont on se servait jusqu'alors dans la taille hypogas-

trique, malgré les services très importanta qu'ils rendaient, était de ne pas permettre d'agir assez efficacement sur le bas-fond vésical pour le déprimer et donner du jour quand on opérsit prés du col.

Aussi, j'ai fait construire plusieurs types d'une valve pour la taille à longue lame recourbée et à angle obtus ; elle agit à la maniére d'un dépresseur sur le bss-fond et la psroi postérieure de la vessie, et répond au but voulu de donner beaucoup de jour dans une région difficilement accessible.

2° En outre, pour simplifier le manuel opératoire, j'ei fait construire un écarteur automatique pour la taille hypogastrique. Il a l'avantage de supprimer un aide, d'assurer l'écartement fixe des muscles droits, la fixation de la vessie à la plaie abdominale pendant toute la durée de l'acte opératoire. Le champ de l'intervention étant ainsi largement étalé, les moindres détails de l'opération peuvent être suivis par tous et à distance.

D'ailleurs, cet écarteur a été adopté depuis par tous ceux qui ont souvent à pratiquer la taille hypogastrique. Il est ou non combiné avec le dépresseur.

3° Enfin j'ai proposé de combiner l'incision longitudinale de la paroi avec l'incision *transversale* de la vessie, en réalisant ce que j'appelle la *taille médio-transversale*. Et l'opération ainsi pratiquée a tous les avantages de la taille transversale, autrefois en honneur et justement abandonnée à csuse des éventrations qu'elle caussit, et elle n'en a pas les inconvénients, puisque la vessie seule est incisée transverssalement. Le jour sinsi obtenu est considérable et, pour l'ablation les tumeurs en particulier, les manœuvres s'effectuent avec plus d'aissnce et de sécurité.

Contrairement à ce qu'on pourrait penser, les vaisseaux ne saignent pas plus avec cette incision transversale qu'avec la verticale.

Dn rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyomes utérins.

En collaboration avec M. Marien (de Montréal.)

(*Bulletins de la Société anatomique*, LXXI° année, 5° série, t. X, 1896, p. 329.)

Nous avons montré comment ces éléments glandulaires prenaient naissance dans la muqueuse même de l'utérus, dont ils sont une dépendance, à laquelle ils sont reliés psr places d'une façon très directe.

Sur une de nos tumeurs, il nous a semblé que la prolifération glandulaire avait été l'origine de la production du myôme : l'inflammation partie de la muqueuse s'était propagée au tissu sous-muqueux et y avsit déterminé l'hyperplasie des éléments musculaires et fibreux qui constituaient la tumeur, et, en allant de la muqueuse à la périphérie, on trouvait tous les intermédiaires entre l'infiltration embryonnsire en dedans et la prolifération musculaire et fibreuse en dehors.

Ce fait vient à l'appui de la théorie irritative et inflammatoire des tumeurs conjonctives.

Évolution. — Les éléments glandulaires inclus dans les fibromyomes peuvent subir trois évolutions : 1° ils *s'atrophient* ; 2° ils se transforment *en kystes* ; 3° ils dégénèrent en *cancers*.

Ils se transforment en kystes, et nous pensons que c'est à l'évolution de ces éléments épithéliaux que l'on doit attribuer la production des kystes à revêtements épithéliaux que l'on trouve souvent dans les myomes. Sur une de nos pièces, en effet, nous avons trouvé côte à côte des cavités kystiques et des éléments glandulaires disséminés mais non encore transformés.

Ils dégénèrent en cancer : ils évoluent alors comme un parasite de la tumeur principale ; et nous rapportons une observation qui explique de cette façon la question si controversée de la transformation des fibromes en cancer.

Pathogénie des parotidites post-opératoires.

En collaboration avec Morel.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIII, 1908, p. 1044.
La Gynécologie, 1908, n° 1, p. 20.)

Pourquoi la parotidite se produit-elle au lendemain d'une opération ? Pourquoi cette ascension des microbes vers le centre de la glande au lendemain d'une laparotomie, alors qu'elle ne se produisait pas avant ? Quelles sont les conditions prédisposantes nouvelles qui se réalisent à ce moment ?

Telles sont les questions non résolues jusqu'alors, mais souvent discutées, que nous avons voulu nous-même approfondir, étudier et si possible élucider dans ce travail basé à la fois sur l'expérimentation et la clinique. Voici nos résultats.

I. — *La parotidite post-opératoire est une infection canaliculaire*, qui se réalise par la voie ascendante ; voilà un premier point que nous avons précisé.

La marche ascendante de l'infection est démontrée par la localisation centro-lobulaire de l'inflammation : puis par cette *partialité* avec laquelle l'infection frappe quelques lobules au hasard de la rencontre des canaux, alors que si elle venait du sang, l'infection devrait frapper tous les lobules d'un même territoire vasculaire.

Enfin une troisième raison nous est fournie par l'examen et la culture du sang, chez les malades atteints de parotidite. Nous avons souvent pratiqué des cultures : nous n'avons jamais vu se révéler un élément microbien.

C'est donc dans le milieu buccal que la parotide vient puiser les éléments de son infection.

Dans tous les cas par nous examinés, l'infection était produite par le *staphylococcus aureus*.

II. — *Le microbisme buccal ne suffit pas à lui seul à produire la parotidite* ; car le milieu buccal est toujours septique, et cependant la parotidite spontanée est très rare. Il faut des conditions particulières, qui sont de nature à modifier soit l'ex-

crétion, soit la sécrétion de la salive. Nous sommes parvenus à obtenir des parotidites expérimentales en provoquant le réveil du microbisme buccal, par le barbouillage de la muqueuse avec des cultures de staphylocoque. Nous procédions ainsi chez des animaux soumis les uns à l'atropine pendant quelques jours, les autres à l'influence de la pilocarpine. Dans un cas, nous avons obtenu avec la pilocarpine une parotidite expérimentale : la glande troublée dans son fonctionnement, vaincue par le travail, s'est laissé envahir. Plus souvent et plus facilement, l'infection s'est réalisée chez les animaux soumis à l'atropine montrant ainsi admirablement l'influence de la vis *a tergo*, de la chasse salivaire pour protéger la parotide.

Après l'opération, les facteurs qui ont le plus d'influence sont l'arrêt de la sécrétion salivaire (émotion, chloroforme, diète), la déshydratation de l'organisme.

Ainsi la parotidite post-opératoire perd d'après nos recherches toute personnalité : elle n'a avec l'opération qu'un rapport chronologique, et il suffit de réaliser dans la vie courante les conditions qui font la parotidite au lendemain d'une opération, pour réveiller, en dehors de tout traumatisme opératoire, l'infection glandulaire.

Torsion du cordon spermatique.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 15 juillet 1895. *Ibid.*, t. XXX, 1904, p. 48.)

En 1895 j'ai communiqué à la Société de Chirurgie une observation de torsion du cordon spermatique. Cette observation était tout à fait rare et exceptionnelle en ce qu'elle établissait une nouvelle variété de torsion du cordon spermatique, *la variété extra-vaginale*. D'habitude, en effet, dans les quelques observations connues, peu nombreuses d'ailleurs, la torsion du cordon spermatique se fait à l'intérieur de la vaginale : elle est *intra-vaginale*, c'est un volvulus. Mon observation montrait, au contraire, qu'à côté du volvulus il y avait le bistournage spontané, c'est-à-dire la torsion du testicule, de l'épididyme et de ses enveloppes propres, vaginale comprise.

L'infarctus hémorragique qui est en général la conséquence de la torsion n'est pas toujours assez intense pour vouer le testicule à la nécrose et nécessiter la castration.

Dans le cas qui m'est personnel, je me suis contenté de détordre le cordon et j'ai conservé le testicule en le fixant. Le malade guérit avec un testicule d'apparence normale fixé au fond des bourses.

Appendicites à forme néoplasique.

En collaboration avec le Dr Beaussenat.

(*Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, n° 2, p. 301.)

Nous décrivons ici une forme clinique nouvelle de l'appendicite, la forme néoplasique. La maladie affecte, en effet, les allures d'un néoplasme, soit qu'une tumeur dure, peu douloureuse, envahisse la région appendiculaire, soit qu'avec une réaction

4

locale faible, des signes de cachexie se manifestent sur l'appareil digestif (perte de l'appétit), sur la peau (teint jaune paille). Nos malades furent, les uns considérés comme atteints de sarcome de l'abdomen, les autres comme atteints de cancer de l'estomac. Et, dans tous les cas, les symptômes observés avaient leur raison d'être dans un foyer infectieux appendiculaire.

Nous avons insisté sur la fièvre qui ne manque que très rarement dans ces cas et qui nous a permis plusieurs fois, en dehors de tout examen du sang, de faire un diagnostic que l'opération a heureusement confirmé.

Tuberculoses hypertrophiques du cæcum.

(*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXI, p. 610.
La Clinique, 1909, n° 29, p. 456.)

J'ai opéré un certain nombre de tuberculoses hypertrophiques du cæcum, avec des résultats excellents, et le professeur Dieulafoy rapportait dans ses Cliniques de l'Hôtel-Dieu (1901-1902, p. 286) l'observation d'une malade de son service opérée par moi en 1901, dans un état très grave, et dont l'état s'était heureusement modifié à la suite de l'opération. Elle est toujours actuellement florissante de santé.

Dans ces travaux, je rapporte trois nouvelles observations que j'oppose les unes aux autres et à l'aide desquelles je précise trois points :

Le premier, c'est que, contrairement à cette doctrine classique que l'appendice est toujours indemne au cours de la tuberculose hypertrophique du cæcum, il est des cas où l'appendice participe lui-même à l'hypertrophie tuberculeuse : à côté de la tuberculose du cæcum, il y a place pour la *tuberculose hypertrophiante de l'appendice* qui, dans mon observation, semble avoir précédé celle du cæcum, et a entraîné même des lésions d'infection péritonéale qui ont conduit à l'opération.

Le deuxième a trait à l'anatomie pathologique de ces lésions : j'établis ici, à l'aide de mes observations personnelles, que l'hypertrophie graisseuse qui donne à cette lésion sa caractéristique siège tantôt dans la sous-muqueuse et tantôt dans le tissu sous-péritonéal, alors même que la forme extérieure macroscopique reste la même.

En troisième lieu, enfin, j'oppose à la tuberculose hypertrophique du cæcum une autre forme dans laquelle l'intestin est lui-même atrophié, mais la masse d'hypertrophie est formée par des ganglions : c'est la *forme ganglionnaire*.

Tuberculose de la parotide.

En collaboration avec M. Marien.

(*Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1896, p. 856, et *Presse médicale*, 1896, n° 57, p. 338.)

J'ai observé le premier cas publié en France de tuberculose de la parotide. J'ai profité de cette observation rare pour analyser, avec mon collaborateur et ami Marien, la pathogénie de l'infection tuberculeuse des glandes salivaires.

Anatomie chirurgicale du bassinet et exploration intérieure du rein.
(*Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin et juillet 1891.)

Ce travail a pour but de préciser la forme et la topographie du bassinet dans le sinus du rein; les déductions qu'il comporte ont trait à l'exploration intérieure du rein.

1° La *forme* classique du bassinet « en entonnoir » n'est pas aussi constante qu'on le croit. Par de nombreuses dissections, faites à l'École pratique, en 1891, j'ai pu m'assurer que les formes très différentes qu'affecte le bassinet sur chaque sujet, peuvent être groupées en deux catégories que j'ai appelées : le bassinet *ampullaire* et le bassinet *ramifié*.

Le bassinet *ampullaire* est celui qui répond à la description classique.

Le bassinet *ramifié* s'observe beaucoup plus souvent : dans ce cas, en arrivant au hile, l'uretère se divise presque de suite en deux branches, suivant le type dichotomique, l'une supérieure, l'autre inférieure. La supérieure se porte en haut, longue, mince; elle aboutit à deux ou trois calices de l'extrémité supérieure qu'elle aborde après s'être divisée en autant de branches secondaires que de calices, mais très courtes.

L'inférieure, souvent plus large, mais courte, se porte en bas, et aboutit aux calices d'en bas.

De cette branche inférieure naît généralement une branche moyenne, plus petite, plus courte que les autres, horizontale et transversale ou à peu près, qui correspond aux calices de la portion moyenne du rein.

Ces recherches anatomiques ont été en partie confirmées par MM. Terrier et Beaudouin dans leur travail sur l'hydronéphrose intermittente.

2° La *topographie* du bassinet a une grande importance au point de vue de l'exploration. A ce point de vue on peut considérer le bassinet comme étant à moitié dans le sinus du rein et à moitié en dehors du hile.

La portion *extra-rénale* est, en avant, masquée par les branches vasculaires et surtout par leurs premières ramifications; en arrière, elle est libre au contraire, elle est à découvert et, de ce côté, facile à atteindre.

La portion *intra-rénale*, intra-sinusienne, existe à peine. Elle ne s'avance pas jusqu'au fond du sinus, elle ne vient pas au contact de la substance du rein, elle en est éloignée de toute la longueur des branches de bifurcation du bassinet; et elle en est séparée par les branches des vaisseaux qui, du plan antérieur au bassinet, vont passer en arrière de lui en contournant son bord externe.

L'incision du bord convexe ne peut donc atteindre qu'un bassinet *dilaté*. Sinon elle ouvre le sinus du rein avant d'atteindre le bassinet.

Traité chirurgical d'Urologie, Paris, Alcan, 1910.
(Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, prix d'Argenteuil, 1913.)

Dans cet ouvrage, dont la deuxième édition est sous presse, je publie, sous la forme d'un Traité didactique, le cours complémentaire d'Urologie que, de 1901 à 1906, j'ai fait à Necker, dans la chaire de Clinique des Maladies des voies urinaires.

J'adopte pour le caractériser ce terme d'*Urologie*, qui dans les Congrès, les Sociétés savantes et les ouvrages et périodiques étrangers, s'est imposé par sa simdlicité, comme celui de Gynécologie, pour désigner le domaine d'une spécialité étendue. Je l'appelle « *chirurgical* » pour spécifier que l'on ne doit pas s'attendre à y trouver l'étude complète des maladies des reins.

Dans les ouvrages antérieurs, il fut toujours d'usage, jusqu'ici, d'étudier successivement et à part les Maladies de l'Urètre, de la Prostate, de la Vessie, des Uretères et des Reins.

Cette classification a l'inconvénient de morceller la pathologie urinaire en des tronçons artificiellement séparés. Elle juxtapose des maladies d'organes, sans laisser entrevoir le lien de leurs localisations successives ; elle ne tient compte ni de l'allure générale de la maladie dans l'appareil urinaire, ni des lois spéciales qui règlent pour ce territoire la marche et la répartition du processus morbide.

Or, à part quelques exceptions que constituent les *Traumatismes* et quelques *Difformités acquises*, toutes les affections des voies urinaires sont dominées par une influence supérieure et étrangère à la localisation qu'elles affectent. C'est cette influence pathologique, qui suivant un plan toujours identique et un déterminisme toujours égal, règle dans l'appareil urinaire l'évolution de cette maladie. Celle-ci est donc bien moins l'affection d'un organe que la *maladie d'un appareil*.

La Pathologie urinaire ne peut donc se contenter de descriptions spéciales. Pour embrasser son horizon trop vaste, il faut des vues plus hautes à la fois et plus larges. Au-dessus de la maladie de l'organe, il faut voir la *Tuberculose*, l'*Infection*, la *Lithiase*, qui évoluent dans un appareil urinaire et y multiplient, suivant des règles toujours égales, leurs diverses localisations.

Je base ma classification sur ces grands processus morbides. Ils constituent la division de mon livre, comme ils se partagent la Pathologie de l'appareil urinaire. Je les passe successivement en revue en des chapitres distincts, et j'ai pu ainsi tracer pour chaque Maladie un tableau d'ensemble de ses voies d'entrée, de son évolution, de ses extensions, et étudier ses localisations successives dans l'ordre où elles se produisent.

Chirurgie du rein et de l'urstère.
Paris, Rueff, 1894.

Leçons ds clinique chirurgicale.
(Hôtel-Dieu, 1901. Paris, Alcan, 1902, p. 454.)

Traité médico-chirurgical de gynécologie.
En collaboration avec Labadie-Lagrave, 4e édition, Paris, Alcan, 1904.
Ouvrage traduit en espagnol et en italien.
Couronné par l'Académie de Médecine, 1899, prix Huguier
et par l'Académie des Sciences, 1899, prix Nège.

Le rein mobile.
Paris, Baillière, 1906.

Article Vessie ; Maladies du pénis et Infection urinaire.
(In *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* de Le Dentu et Delbet, Baillière.)

Article Maladies de l'urètre.
En collaboration avec le professeur Albarran, du même Traité.

L'exploration radiographique de l'appareil urinaire.
En collaboration avec Papin et Maingot.
Paris, Gittler, 1913.
Couronné par l'Académie de Médecine (prix Tremblay, 1918.)

Cliniques de Necker.
1 vol. Paris, Maloine, 1917.

Précis d'Urologie.
En collaboration avec Papin.
1 vol. Maloine, Paris, 1920.

Archives urologiques de la Clinique de Necker.
2 volumes. Paris, Maloine, 1920.

LISTE CHRONOLOGIQUE DES TRAVAUX

Année 1890

Des hématocèles enkystées du cordon spermatique (vaginalites funiculaires hémorragiques). — *Archives générales de médecine*, 1890, vol. I, p. 183 et 307.

Année 1891

Des névralgies rénales. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre et novembre 1891.

Anatomie chirurgicale du bassinet et exploration intérieure du rein. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juin et juillet 1891.

Anomalie de la main. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVI° année, t. V, 1891, p. 135.

Des lésions septiques des reins calculeux. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVI° année, t. V, 1891, p. 101.

Des calculs du rein et de l'uretère au point de vue chirurgical. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1890. (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine. Prix Alvarenga de Piauhy, 1891, et par la Faculté de médecine : médaille d'argent, 1891.)

De la suture primitive et totale de la vessie après la taille hypogastrique chez l'enfant. — *VI° Congrès français de chirurgie*, Paris, 1891, p. 388.

Année 1892

De la suture primitive de la vessie après la taille hypogastrique. — *Gazette des hôpitaux*, 1892, n° 84, p. 761.

Epiplocèle adhérente simulant la tuberculose du testicule. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1892, p. 517.

Double anomalie rénale. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVII° année, t. VI, 1892, p. 19.

Des aponévroses de la paume de la main. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVII° année, t. VI, 1892, p. 383 (En collaboration avec M. Juvara).

La situation du cæcum chez l'enfant. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVII° année, t. V, 1892, p. 55 à 69.

Hydronéphroses ouvertes et hydronéphroses fermées (En collaboration avec Albarran). — *VI° Congrès français de chirurgie*, Paris, 1892, p. 561.

Année 1893

Sonde à demeure et infection urinaire. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, janvier 1893, p. 37.

Note sur une tumeur pédiculée de la prostate. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, décembre 1893, p. 897.

Lithiase urinaire expérimentale. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 59.

Nouvelle valve pour la taille hypogastrique. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 367.

Fistule urétro-rectale traumatique. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1893, p. 300.

Les indications opératoires dans les rétrécissements traumatiques de l'urètre. — (En collaboration avec M. Cestan.) — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, septembre 1893, p. 655.

Phlébite urétrale et périurétrite. (En collaboration avec M. Noguès.) — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, novembre 1893, p. 823.

Cystostomie dans le cancer de la prostate. — *Gazette hebdomadaire*, 1893, n° 34, p. 401.

De l'excision des abcès urineux. — *Gazette hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie*, 1893, n° 17, p. 201.

Hématocèle pelvienne ouverte dans l'intestin grêle et dans le rectum. (En collaboration avec M. Reblaub.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXVIII° année, t. VII, 1893, p. 92.

Année 1894

De l'intervention dans la péritonite tuberculeuse. — *Semaine médicale*, 1894, n° 9, p. 65.

Périurétérite. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1894, p. 590.

Occlusion intestinale post-opératoire. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX° année, t. VIII, 1894, p. 474.

Chirurgie du rein et de l'uretère. — (1 vol. Collection Charcot-Debove) Paris, Rueff, 1894.

Hystérectomie vaginale pour inversion utérine irréductible. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX° année, t. VIII, 1894, p. 421.

Résection du sommet de la vessie pour un néoplasme infiltré. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX° année, t. VIII, 1894, p. 287.

Corps étrangers de la vessie. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXIX° année, t. VIII, 5° série, 1894, p. 137.

Anurie calculeuse opérée au 5° jour. Incision du rein et extraction d'un calcul urétéral. Suture totale du rein. Guérison. — *Académie de Médecine*, 1894.

Année 1895

De l'anurie calculeuse. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 865.

Valeur pronostique du varicocèle dans les tumeurs du rein. — *Presse médicale*, 17 août 1895, p. 321.

Des calculs de la portion prostatique de l'urètre. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 769.

Du drainage périnéal dans les cystites rebelles. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 1065.

Trois observations de cathétérisme rétrograde pour rétrécissement infranchissable. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1895, p. 304.

Note sur un épithélioma hétéradénique de la région rétro-anale. (En collaboration avec M. Marien.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXX° année, 5° série, t. IX, 1895, p. 661.

Anatomie pathologique du rein mobile. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXX° année, 3° série, t. IX, 1895, p. 565.

Des hernies musculaires. — *IX° Congrès français de Chirurgie*, 1895, p. 699.

Des opérations testiculaires dans le traitement de l'hypertrophie prostatique. — *IX° Congrès de Chirurgie*, 1895, p. 569.

Hydronéphrose par rétrécissement de l'uretère. — *IX° Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1896, p. 515.

Des occlusions intestinales post-opératoires. — *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, 1895, et *Gazette des hôpitaux*, 23 novembre 1895.

Année 1896

Des sarcomes primitifs de la clavicule. — *Archives internationales des Sciences médicales*, janvier 1896, n° 1.

Des rapports entre les testicules et la prostate. — *Archives de Physiologie normale et pathologique*, janvier 1896, n° 1.

Nouveau procédé d'hystéropexie abdominale. — *Semaine gynécologique*, 1896, n° 41, p. 321.

Synovite tuberculeuse à forme végétante et hypertrophique. — *Presse médicale*, 1897, 26 juin, n° 60, p. 37.

Des fistules recto-périnéales. — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1897, n° 5, p. 769.

Relations pathologiques entre l'appareil génital et l'appareil urinaire chez la femme. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, juillet 1897, n° 7, p. 681.

Traitement de l'urétrite blennorrhagique par l'airol. (En collaboration avec M. Lévy.) — *Presse médicale*, 1896, n° 91, p. 595.

Émasculation totale pour cancer de la verge. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1896, n° 6, p. 563.

Fibrosarcome du nerf sciatique. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXI° année, 5° série, t. X, 1896, p. 264.

Invagination intestinale. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXI° année, 5° série, t. X, 1896, p. 161.

Contusion de l'abdomen. Rupture d'un kyste hydatique du foie. (En collaboration avec Diriar.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXI° année, 5° série, t. X, 1896, p. 538.

Du rôle de l'inflammation dans le développement d'une variété de fibromyomes utérins. (En collaboration avec M. Marien.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXI° année, 5° série, t. X, 1896, p. 329.

Kyste wolfien du ligament large. — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896, LXXI° année, 5° série, t. X, fasc. 3, p. 96.

Parotidite tuberculeuse. (En collaboration avec M. Marien.) — *Bulletins de la Société anatomique*, 1896, LXXI° année, 5° série, t. X, p. 14.

Note sur une tumeur déciduale de l'utérus. — (En collaboration avec M. Marien.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXI[e] année, 5[e] série, t. X, 1896, p. 594.

Tuberculose de la parotide. (En collaboration avec M. Marien.) — *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, 1896, p. 857; et *Presse médicale*, 1896, n° 57, p. 338.

Les escarres sacrées consécutives à l'hystérectomie vaginale. — *Congrès de Gynécologie, d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux*, 1896.

Étranglement du testicule par torsion du cordon spermatique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXII, 1896; et *Presse médicale*, 18 juillet.

Valeur comparative de la ponction hypogastrique et de l'incision sus-pubienne dans le traitement des rétentions aiguës d'urine. — *I[re] Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1896.

Nouveau procédé d'urétrotomie externe chez la femme. De la voie sous-symphysaire pour aborder l'urètre féminin. — *II[e] Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, Doin, 1897.

Restauration de l'urètre chez la femme. — *X[e] Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1896, p. 932.

Année 1897

Laparotomie pour occlusion intestinale (Rapport de Broca). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXIII, 1897, p. 340 et 498.

Infection urinaire et infection puerpérale. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 5 juin 1897, n° 23, p. 353.

Traitement de l'urétrite chronique aseptique par les hautes dilatations. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1897, n° 48, p. 753.

De l'eucaïne en chirurgie. (En collaboration avec M. Lihou.) — *Gazette des hôpitaux*, 18 février 1897.

Des éléments glandulaires dans les fibromyomes de l'utérus. (En collaboration avec M. Marien.) — *Annales de Gynécologie et d'Obstétrique*, t. XLVII, février 1897, p. 134.

Cancer kystique dans un rein mobile. — *Bulletin de la Société anatomique*, 16 mai 1897, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1897, p. 128.

De l'appendicite. — *L'œuvre médico-chirurgical*, n° 1, Paris, Masson et C[ie], 1897.

Hernie congénitale avec imperforation du vagin. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXII[e] année, 5[e] série, 1897.

Enfoncement de la voûte du crâne. (En collaboration avec M. Couvelaire.) — *Bulletins de la Société anatomique*, 1897, LXXII[e] année, 5[e] série, t. XI, p. 32.

Du varicocèle dans les tumeurs du rein. — *II[e] Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, Doin, 1897.

Castration et hypertrophie prostatique. — *II[e] Session de l'association française d'Urologie*, Paris, 1897, p. 121.

De la néphrotomie. — *XII[e] Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1897, p. 79.

Année 1898

Luxation irréductible et ancienne de l'astragale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIV, 1898, p. 1042. (Rapport de M. Reynier, 29 mars 1899).

Évidement pelvien avec ligature de l'iliaque primitive. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIV, 1898, p. 1047.

Plaie du foie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIV, 1898, p. 1204.

Appendicites néoplasiques (En collaboration avec M. Beauesenat.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1898, n° 2.

De la torsion des salpingites. (En collaboration avec M. Chabry.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, n° 1, février 1898.

De la colpotomie dans les suppurations annexielles. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 octobre 1898.

Traité médico-chirurgical de Gynécologie. (En collaboration avec M. Labadie-Lagrave.) — Paris, Alcan, 1898, 1220 pages (Ouvrage couronné par l'Académie de Médecine, 1899, prix Huguier; par l'Académie des Sciences, prix Mège, 1899).

Cystite exfoliante. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIIIe année, 5e série, t. X, 1898, p. 440.

Kyste hydatique rétro-vésical. — *IIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1898, p. 312.

Des fistules urétrales chez la femme. — *IIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1898, p. 312.

De l'hystérectomie abdominale totale dans les lésions suppurées des annexes. — *XIIe Congrès français de Chirurgie*. Paris, 1898, p. 225.

De l'autoplastie par glissement du sein — *XIIe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1898, p. 660.

Année 1899

Des opérations conservatrices dans la tuberculose testiculaire. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 10 octobre 1899.

De la pyométrie, complication du cancer de l'utérus. (En collaboration avec M. Rebreyend.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, octobre 1899.

Traitement de l'appendicite. — *L'œuvre médico-chirurgical*, n° 18, Paris, Masson et Cie, 1899.

Contusion artérielle et anévrisme traumatique (En collaboration avec M. Meelay.) — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIVe année, 6e série, t. I, 1899, p. 471.

Corps étranger du rectum. — *Bulletins de la Société anatomique*, LXXIVe année, 1899, 6e série, t. I, p. 472.

Un cas d'urétéro-cysto-néostomie pratiquée au cours d'une hystérectomie abdominale pour cancer de l'utérus. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXV, 1899, p. 1069.

Des hématuries essentielles. (En collaboration avec M. Malherbe.) — *Rapport présenté à la IVe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1899, p. 7.

Kystes tubo-ovariens. — *Comptes rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, Paris, 1899, p. 142.

De l'hystérectomie abdominale totale. — *XIIIe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1899, p. 211.

Du traitement de l'hydrocèle par l'inversion de la vaginale. — *XIIIe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1899, p. 664.

Un cas d'actinomycose cervico-faciale. — *Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 9 mars 1899.

Année 1900

De la torsion des salpingites. — *Presse médicale*, 20 janvier 1900, n° 37.

Pathogénie des kystes tubo-ovariens. (En collaboration avec M. Cabaniole.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1900, n° 13, p. 419.

De l'anesthésie par injection lombaire intrarachidienne de cocaïne et d'eucaïne. (En collaboration avec M. Kendirdjy.) — *Presse médicale*, 27 octobre 1900, p. 299.

Art. Vessie, Urètre, Infection, Pénis. — *Traité de Chirurgie clinique et opératoire* de MM. Le Dentu et Delbet, Paris, J.-B. Baillière et fils, 1900.

Néphrectomie avec urétérectomie totale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVI, 1900, p. 241.

Cathétérisme rétrograde avec suture totale de l'urètre. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVI, 1900, p. 241.

Perforation de l'intestin au cours d'une fièvre typhoïde. Laparotomie. Guérison. (Rapport de Lejars.) — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie*, t. XXVI, 1900, p. 1105.

De la récidive des grossesses extra-utérines. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1900, p. 324.

Du cathétérisme rétrograde dans les ruptures traumatiques de l'urètre. — *XIII*e *Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 352.

Des opérations conservatrices dans les rétentions rénales. — *XIII*e *Congrès international de Médecine*, Paris 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 43.

Intervention dans les tuberculoses urinaires. — *XIII*e *Congrès international de Médecine*, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 136.

Réparation des plaies de la vessie. — *XIII*e *Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 165.

Fistules vésico-vaginales : Traitement par le procédé du dédoublement. — *XIII*e *Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 166.

Résultats éloignés des traitements opératoires de l'hypertrophie prostatique. — *Rapport présenté au XIII*e *Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 220.

Traitement des rétrécissements de l'urètre. — *XIII*e *Congrès international de Médecine*, Paris, 1900. *Comptes Rendus*, Masson, p. 349.

Année 1901

Du choix de l'opération dans le traitement des inflammations chroniques des annexes. — *Union médicale du Canada*, Montréal, 1901.

Des indications de l'opération dans les salpingites chroniques. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 25 avril 1901, n° 8.

Indications thérapeutiques dans les luxations anciennes de l'épaule. — *Semaine médicale*, 29 mai 1901, n° 23, p. 177.

La rachicocaïnisation. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 569.

Kyste hydatique du rein. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII 1901, p. 681.

A propos du traitement des pyélonéphrites aiguës ou chroniques. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 700.

Rupture de la paroi abdominale par contusion ; éventration consécutive. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 792.

Tuberculose rénale greffée sur une hydronéphrose ouverte. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 852.

Persistance du diverticule de Meckel. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 896.

Boîte métallique pour la stérilisation sous pression des objets de pansement. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 987.

Deux cas de mort immédiate par rachicocaïnisation. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 1002.

Plaie de la moelle avec suture. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVII, 1901, p. 109.

A propos du rein mobile. — *Ve Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1901, p. 168.

Volumineuse hématonéphrose. Cryoscopie. — *Ve Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1901, p. 484.

Rein tuberculeux et rétention rénale simultanée (Tuberculose et hydronéphrose). — *Ve Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1901, p. 493.

Deux cas d'hépatectomie pour syphilis. — *XIVe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1901, p. 607.

Hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin. — *XIVe Congrès français de Chirurgie*, Paris, 1901, p. 666.

Hystérectomie abdominale totale pour cancer de l'utérus au huitième mois de la grossesse. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1901, p. 19.

Kyste dermoïde tordu chez une petite fille de onze ans et demi. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 22 avril 1901, p. 103.

Année 1902

Taille périnéale et prostatectomie. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1902, p. 897.

Leçons de Clinique chirurgicale. — (Hôtel-Dieu, 1901), 1 vol. in-4°, 454 pages et 73 fig., Paris, Félix Alcan, 1902.

Aiguilles obliques à pédale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 30.

Perforations multiples de l'intestin. Laparotomie. Guérison. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 73.

Tubes pour la stérilisation et la conservation du catgut dans l'alcool. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 57.

Nouvelle sonde pour le tamponnement des cavités. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 207.

Phlegmon gangreneux du scrotum par appendicite herniaire. Rapport sur une observation de Morestin. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 366.

Sur le traitement du cancer par le sérum de Wlaëff. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 455.

Occlusion intestinale post-opératoire. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 479.

Prostate et calculs vésicaux multiples extraits par la voie périnéale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 674.

Séparation des urines dans une vessie de 18 grammes. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 796.

Diagnostic de la grossesse extra-utérine rompue et de l'appendicite. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 923.

De la prostatectomie périnéale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 954.

Plaie de l'artère sous-clavière et du plexus brachial par coup de couteau. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 400.

Doigtiers avec protecteur pour la main. — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 556.

Compresseur intestinal. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 555.

Perforation spontanée d'un abcès appendiculaire. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 946.

Calcul de la portion pelvienne de l'uretère. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXVIII, 1902, p. 1132.

Urétrotomie externe pour urétrite scléreuse chez la femme. — VI[e] *Session de l'Association Française d'Urologie*, 1902, p. 223.

Technique de la taille hypogastrique. — *VI[e] Session de l'Association française d'Urologie*, 1902. p. 526.

A propos de la néphrectomie. — *VI[e] Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 177.

Prostatectomie périnéale. — *VI[e] Session de l'Association française d'Uurologie*, 1902, p. 350.

Résultats cliniques de la séparation intra-vésicale des urines avec le diviseur gradué. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VI[e] Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 616.

De la séparation intra-vésicale des urines dans les hématuries. — (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VI[e] Session de l'Association Française d'Urologie* 1902, p. 624.

Des inconvénients de la séparation intra-vésicale des urines. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VI[e] Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 627.

Une modification à la technique de la taille hypogastrique pour papillome. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VI[e] Session de l'Association française d'Urologie*, 1902, p. 538.

Année 1903

De l'adrénaline dans la chirurgie des voies urinaires. (En collaboration avec M. Pasteau.) — *Journal international de médecine et de Chirurgie*, 25 février 1903.

Résultats cliniques de la séparation endovésicale des urines avec le diviseur gradué. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, 1903, n° 1.

La voie vagino-périnéale dans la cure des fistules recto-vaginales supérieures. — *Presse médicale*, 1903, n° 68, p. 610.

L'ablation de l'urètre antérieur chez la femme avec urétrotomie vaginale. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*. 1903, p. 1201.

La taille sous-symphysaire chez la femme pour l'extraction de certains corps étrangers. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1903, p. 1861.

Sur l'appendicite. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXIX, 1903, p. 223.

Résection du condyle pour ankylose de la mâchoire. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 42.

Exclusion de la plus grande partie de l'intestin. Rapport sur une observation de Vanverts (de Lille). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 610.

De la cholédochotomie avec suture. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 672.

La voie vagino-périnéale pour la cure des fistules recto-vaginales supérieures. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 793.

Désenclaveur prostatique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 888.

Corps étranger (aiguille) de l'urètre. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1000.

Taille sous-symphysaire pour corps étrangers de la vessie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1000.

De l'hystérectomie totale et subtotale dans le traitement des fibromes utérius. — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1028.

A propos de la technique de l'opération pour rupture de l'urètre postérieur. — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1060.

Plaie simultanée du foie et de l'artère fémorale par balle de revolver. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie* t. XXIX, 1903, p. 1063.

A propos de la blessure de l'uretère au cours de l'hystérectomie abdominale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1143.

Prostatectomie hypogastrique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1150.

Spléuectomie pour endothéliome de la rate. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1176.

Anévrisme diffus du creux poplité, section de l'orifice circulaire et développement d'un second anévrisme. Résection très étendue de l'artère et de la veine. Rapport sur deux observations de Lefort (de Lille). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXIX, 1903, p. 1176.

La prostatectomie périnéale. — *VII*^e^ *Session de l'Association française d'Urologie*, 1903, p. 530.

La taille médio-transversale. — *VII*^e^ *Session de l'Association française d'Urologie*, 1903, p. 592.

Des fistules hypogastriques consécutives à la taille. — *VII*^e^ *Session de l'Association française d'Urologie*, 1903, p. 600.

Fistule urinaire à la suite d'une néphrorraphie. — *VII*^e^ *Session de l'Association française d'Urologie*. Paris, 1903, p. 696.

L'ouverture sous-pubienne de la vessie pour calculs par abaissement de la verge. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VII*^e^ *Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1903, p. 594.

Néphrectomie et spermatogenèse. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *VII*^e^ *Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1903, p. 704.

Des ruptures des collections tubaires au cours du palper abdominal — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1903, p. 83.

Année 1904

Le rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 1361.

De la pyélonéphrite dans ses rapports avec la puerpéralité. — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1904, p. 1441.

Torsion du cordon spermatique sans ectopie testiculaire. (Rapport sur une observation de Souligoux.) — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 49.

Appareil de marche pour fracture de cuisse. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 118.

Pathogénie de l'hydronéphrose intermittente. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 415.

Trépanation tardive pour ramollissement cérébral traumatique. Rapport sur une observation du Dr Ardouin (de Cherbourg). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 431.

Contusion du rein. Néphrotomie. Guérison.

Castration abdominale pour troubles dysménorrhéiques avec imperforation du vagin. Rapport sur deux observations de Fournier (d'Amiens). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 591.

Corps étrangers de la vessie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 606.

Sur la prostatectomie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 631.

Etranglement de l'appendicite dans une hernie crurale. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXX, 1904, p. 1037.

Résultats de la prostatectomie. — *VIIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 327.

Interventions pour néphrite hématurique. — *VIIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 680.

De l'excrétion des reins malades étudiés avec le diviseur des urines. (En collaboration avec M. Cathelin.) — *XIIIe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1904, p. 621.

Molluscum pendulum opéré pendant la grossesse. (En collaboration avec M. Morel.) — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1904, p. 131.

Phlegmon périnéphrétique gauche pendant la puerpéralité. Incision. Fistules persistantes. Néphrectomie au cours d'une seconde grossesse. (En collaboration avec Lepage et Couvelaire.) — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1904, p. 145.

Des pyélonéphrites dans leurs rapports avec la puerpéralité. Rapport présenté à la session de Rouen (9 avril 1904) du *Congrès d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*.

Année 1905

Les rétrécissements traumatiques de l'urètre — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 10 janvier 1905.

De la récidive des papillomes de la vessie. — *Bulletin médical*, 30 août 1905, n° 66, p. 743.

Deux observations de chorio-épithéliome. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 38.

De l'ablation des vésicules séminales tuberculeuses. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 136.

Corps étrangers de la vessie. Rapport sur deux observations de Barneby (de Tours). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 288.

Deux prostates enlevées par la méthode de Freyer. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 302.

Luxation antérieure et ancienne du coude. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 396.

Luxation récidivante de l'épaule traitée par la capsulorraphie avec fils non résorbables. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 573.

De la conservation des ovaires et de l'utérus au cours de l'ablation des salpingites. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 577.

Sur les formes anatomiques de la tuberculose du cæcum. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 610.

Guérison par la prostatectomie périnéale d'une rétention complète datant de 17 ans. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 863.

Sur la paralysie stomacale aiguë post-opératoire. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 974.

De la chloroformisation avec l'appareil de Ricard. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXI, 1905, p. 1130.

Des indications dans le traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. — *IXe Session de l'Association française d'Urologie*, 1905, p. 220.

Traitement préventif de l'anurie cancéreuse. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1905, p. 262.

Année 1906

L'anurie calculeuse. — *Journal des Praticiens*, 1906, n° 8, p. 118.

La lithiase rénale et la colique néphrétique. — *Journal de Médecine internationale*, n° 4, 15 février 1906.

La cystite tuberculeuse. — *La Clinique*, 23 mars 1906.

Tuberculose uro-génitale. — *Journal de Médecine internationale*, n° 8, 15 avril 1906.

Le rein mobile. — (1 vol. des actualités médicales). J.-B. Baillière et fils, Paris, 1906.

Le traitement chirurgical de l'hypertrophie prostatique. — In-8, Paris, Steinheil, 11 figures, 1906.

Nouvelle méthode de stérilisation du catgut. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906.

Calculs mobiles du rein et de l'uretère. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906, p. 357.

Gliosarcome du cerveau. Opération. Guérison. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906.

De la prostatectomie. — *Société internationale de Chirurgie*, Bruxelles, septembre 1905.

De l'examen chirurgical des reins. — *Société internationale de Chirurgie*, Bruxelles, septembre 1905.

Les calculs du rein et de l'uretère. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1906, 13 juin. n° 25, p. 391.

De la tuberculose génito-urinaire. — *Presse médicale*, 1906, n° 49, p. 389.

La lithiase rénale. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1906, p. 515.

Prostatectomie transvésicale avec suture de la vessie à l'urètre et réunion par première intention. Rapport sur une observation de Pierre Duval. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, 1906, p. 651.

Résultat éloigné d'une urétéro-cystonéostomie pour rétrécissement de l'uretère. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 666.

Kyste de l'ovaire chez un enfant de 3 ans. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 789.

De la réparation en deux temps des pertes de substances traumatiques ou opératoires de l'urètre périnéal. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 816.

Migration d'un dentier à travers le tube digestif. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 873.

Ruptures traumatiques de l'urètre périnéal. Résultats opératoires. Rapport sur trois observations de Savariaud. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXII, p. 883.

A propos de la prostatectomie transvésicale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 889.

Plaies du foie. — *XIXe Congrès de Chirurgie*, Paris, 1906. *Procès-verbaux, Mémoires et Discussions*, p. 159.

Pathogénie de l'hydronéphrose. — *Xe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, octobre 1906. *Procès-verbaux, Mémoires et Discussions*, p. 97.

Perfectionnements à la prostatectomie hypogastrique. — *Xe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, octobre 1906. *Procès-verbaux, Mémoires et Discussions*, p. 338.

Plaie grave de la rate par coup de couteau guérie par la splénectomie. Rapport sur une observation de Barnsby (de Toure). — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXII, 1906, p. 1084.

Les grandes hématuries. — *Concours médical*, septembre 1906, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1907, p. 698.

Année 1907

De l'appendicite traumatique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 344.

De la valeur de la ponction lombaire pour le diagnostic des complications auriculo-méningées. Rapport sur une observation de M. Lapointe. — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 141.

Du cathétérisme de l'uretère à travers la vessie ouverte. — *Presse médicale*, 1907, p. 226

Rupture traumatique sous-cutanée des artères de la jambe. Gangrène consécutive. Amputation. Guérison. — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 736.

A propos des néostomies urétérales. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 795.

Lipome du cœur. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 1010.

Sur les parotidites post-opératoires. (En collaboration avec M. Morel.) — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, 1907, p. 1044.

La lithiase rénale double. — *XIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1907, p. 560.

Résultats éloignés d'une pyélonéphrite de la grossesse. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pediatrie de Paris*, 1907, p. 258.

Cancer du vagin guéri depuis dix ans. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIII, p. 187.

Année 1908

Fonctionnement d'une gastro-entérostomie avec pylore perméable. — *Bulletins et Memoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIV, 1908, p. 157.

Difficultés du diagnostic des abcès du poumon. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, p. 165.

Pathogénie des parotidites post-opératoires. (En collaboration avec M. Morel.) — *La Gynécologie*, 1908, p. 20.

Périnéphrite suppurée à la suite de la néphrectomie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 276.

Perforations intestinales au cours de la fièvre typhoïde. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 346.

Cerclage du calcaneum. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 27.

Prostatectomie en deux temps. Rapport sur une observation de M. Mesley (de Gigon, Espagne). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 36.

Rupture indirecte de l'artère hépatique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, p. 122.

De l'aspiration par la trompe à eau : ses applications à la chirurgie opératoire. — *Presse médicale*, 1908, n° 26, p. 204.

A propos de la rachistovaïnisation. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 535.

Diagnostic des tumeurs du scrotum. — *La Clinique*, 1908, n° 22.

Appendicectomie lombaire. — *Presse médicale*, 1908, n° 43.

Fracture avec luxation de la colonne vertébrale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, p. 863.

Pyonéphrose partielle. Rapport sur une observation de M. Marion. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 905.

Ectopie inguinale de l'utérus et des annexes. Rapport sur une observation de de la Torre (de Quito). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 908.

Des ectopies inguinales de l'utérus et des annexes. (En collaboration avec H. Rais.) — *La Gynécologie*, 1908, n° 5, p. 385-414.

Traitement du cancer de l'appareil urinaire et des organes génitaux de l'homme. Rapport présenté au II° Congrès de la Société internationale de Chirurgie, Bruxelles, 1908, p. 49, et *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1908, p. 1574.

Infection urinaire et cystostomie. — *Revue internationale de Médecine et de Chirurgie*, 1908, p. 383.

Deux cas d'arthropathie tabétique tibio-tarso-métatarsienne. (En collaboration avec Deverre.) — *Bulletins et Mémoires de la Société anatomique de Paris*, LXXXIII° année, 6° série, t. IX, 1908, p. 13.

Genital Tuberculosis. — *The American Journal of Urology*, 1908, p. 404.

Cystectomie totale pour tumeur pédiculées multiples de la vessie. Rapport sur une observation de M. Marion. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 1141.

Deux observations de pyélotomie pour calculs. Rapport sur une observation de M. Marion. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 1167.

A propos des ruptures du rein. — *Bulletins et Mémoires de la Société de de Chirurgie Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 1220.

Atrophie osseuse calcaire consécutive à une névrite limitée d'origine traumatique. (En colla-

boration avec Claude et Villaret.) — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXIV, 1908, p. 1228.

Procédé exceptionnel de néphrectomie par retournement. — *XIIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1908, p. 270.

Pyélonéphrite avec interruption de la grossesse. *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1908, p. 280.

Année 1909

Résultat après dix ans d'une opération de Kraske pour cancer du rectum. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*. t. XXXV, 1909, p. 39.

Des périnéphrites consécutives à la néphrectomie. — *Revue de Chirurgie*, 1909, p. 86.

Kystes hydatiques et tuberculose du rein. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 95.

Sur un cas d'atrophie osseuse calcaire consécutive à une névrite limitée d'origine traumatique. (En collaboration avec Claude et Villaret.) — *L'Encéphale*, 1909, p. 52.

Tumeur de la clavicule d'origine thyroïdienne. Rapport sur une observation de Guibé. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 117.

De l'hématocèle par rupture d'un kyste hématique de l'ovaire. Rapport sur une observation de Jayle. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 97.

Les tumeurs vésicales latentes. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1909, p. 125.

Fracture avec luxation de la colonne vertébrale. — *Revue d'Orthopédie*, 1909, p. 147.

Hydronéphrose et pseudo-hydronéphrose traumatique. Rapport sur deux observations de Ferron (de Laval). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 298.

La tuberculose du cordon spermatique. — *Revue de la Tuberculose*, 1909, p. 37.

Rupture traumatique d'une hydronéphrose. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 382.

Sur la réaction du complément. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t XXXV, 1909, p. 424.

Die Vorbehandlung der Anurie bei Gebärmutterkrebse. — *Zeitschrift für Urologie*, 1909, Bd III, H. 4, p. 336.

Hydronéphrose traumatique. — *Bulletin médical*, 1909, p. 389.

Observation d'un pied plat tuberculeux. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 469.

Les blessures temporales par balles de revolver. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1909, p. 295.

A propos de la fulguration dans le cancer. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 608.

La narcose par voie rectale. (En collaboration avec Morel.) — *Société de Biologie*, 9 juin 1909.

Extraction d'une balle au contact du pédoncule cérébral. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 834.

L'anesthésie par voie rectale. (En collaboration avec Morel et Verliac.) — *Archives générales de Chirurgie*, 25 juin 1909, n° 6.

Tuberculose hypertrophique du cæcum. — *La Clinique*, 1909, p. 456.

Torsion des salpingites. — *Presse médicale d'Egypte*, 1909, p. 135.

Les ectopies du testicule. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1909, p. 689.

De la vasovésiculectomie dans la tuberculose génitale. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, n° 32, p. 1069.

A propos des fistules urétro-rectales. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1081.

Hématémèse traumatique. Laparotomie. Guérison. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1082.

A propos des torsions tubaires. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1909, p. 346.

Cancer papillaire du bassinet. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1295.

Des kystes hydatiques multiples du foie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1297.

Luxation médio-tarsienne et du métatarse. (En collaboration avec Houzel). — *Bulletin et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXV, 1909, p. 1316.

Calculs de l'uretère. — *XIII° Session de l'Association française d'Urologie*, 1909, p. 177.

De l'anurie après la néphreotomie. — *XIII° Session de l'Association française d'Urologie*, 1909, p. 503.

Phlegmon ligneux de la cavité de Retzius. — *XIII° Session de l'Association française d'Urologie*, 1909, p. 671.

A propos de la tuberculose vésicale. — *XIII° Session de l'Association française d'Urologie*, 1909, p. 697.

De l'entorse du foie. — *XXII° Congrès français de Chirurgie. Procès-verbaux et Mémoires*, 1909, p. 1040.

Observation de pancréatite hémorragique. In Prof. Dieulafoy. — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu de Paris*, t. VI, 1909, p. 124.

Année 1910

Transformations et dégénérescences des papillomes de la vessie. Rapport sur une observation de Tanton (du Val-de-Grâce). — *Bulletins et Mémoires de la Societé de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1916, p. 56.

Infiltration d'urine. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1910, p. 49.

Des kystes pe la prostate. (En collaboration avec Verliac.) — *Presse médicale*, 1910, p. 130.

Les papillomes de la vessie. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1910, p. 149.

Des fausses routes. *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1910, p. 481.

Des sondes et bougies dans l'urètre chez l'homme. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1910, p. 226.

Origines et transformations des papillomes vésicaux. (En collaboration avec Verliac.) — *Bulletins de l'Associaton française pour l'étude du cancer*, 1910, t. III, 3° année, p. 130.

Hémophilie musculaire (En collaboration avec Houzel.) — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1910, p. 431.

A propos du traitement cystoscopique des tumeurs vésicales. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1910, p. 460.

Autoplastie urétrale par transplantation veineuse. Rapport sur une observation de M. Tanton (du Val-de-Grâce). *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1910, p. 504.

A propos de la recherche des balles dans le crâne. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XXXVI, 1910, p. 573.

Traité chirurgical d'Urologie. Grand in-8° de VIII-1382 pages, 1910, Paris, Alcan.

Des rétrécissements tuberculeux et congénitaux de l'urètre. — *XIVe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1911, p. 175.

Des fistules intestinales consécutives à la néphrectomie. — *XIVe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1911, p. 357.

Traitement des cystites tuberculeuses par la méthode de Rovsing — *XIVe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1911, p. 745.

Sur la pathogénie de la tuberculose rénale. — *XIVe Session de l'Association française d'Urologie*, Paris, 1910, p. 444.

L'exclusion vésicale dans la tuberculose de la vessie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 965.

Les crises douloureuses qui survivent à l'appendicectomie. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1910, n° 44, p. 708.

Des explorations pour vérifier la valeur fonctionnelle des reins. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 1083, 1101 et 1149.

La grossesse tubaire et son traitement chirurgical. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 17 décembre 1910, p. 822.

Tuberculose iléocæcale. Opération en deux temps. Guérison. Rapport sur deux observations du Dr Coville (d'Orléans). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 1251.

Autoplastie de l'urètre pénien par greffe tubulaire de muqueuse vaginale intégrale. Rapport sur une observation de M. Tanton (du Val-de-Grâce). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVI, 1910, p. 1256.

La vessie dans la tuberculose rénale. — *Paris médical*, 1910, n° 5, p. 100.

Kyste de l'ovaire suppuré après infection puerpérale. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1910, p. 365.

Année 1911

Calculs de l'uretère. Rapport sur une observation du Dr Luys. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 213.

Sur un cas de rupture du pénis. Rapport sur une observation du Dr Alivazatos. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 247.

De l'appendice en Gynécologie. — *La Gynécologie*, mars 1911, p. 145.

Péritonite provoquée par un fibrome au cours de la grossesse. — *Comptes Rendus de la Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie*, 1911, p. 186.

Nouvel urétrotome. — *Presse médicale*, 1911, p. 601.

Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie prostatique et les fonctions sexuelles après la prostatectomie de Freyer. (En collaboration avec Papin.) — *Annales des maladies des organes génito-urinaires*, 1911, n° 13, p. 1153.

Des résections larges de la vessie. — *IIe Congrès de l'Association internationale d'Urologie*, Londres, 1911.

Des résultats éloignés des prostatectomies. — *IIe Congrès de l'Association internationale d'Urologie*, Londres, 1911.

Contribution à l'étude anatomique et pathologique des kystes du rein. (En collaboration avec Verliac.) — *Recueil de Mémoires d'Urologie médicale et chirurgicale*, Paris, Masson, juillet 1911.

Tuberculose des trompes et d'un kyste ovarique. (En collaboration avec Verliac.) — *La Gynécologie*, juillet 1911, p. 401.

A propos du cathétérisme des artères. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 1101.

Énorme calcul du rein. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 1136.

Rupture de l'urètre avec fracture du bassin et déviation latérale du segment antérieur. Rapport sur une observation du Dr Gruget (de Laval). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVII, 1911, p. 1269.

L'éclatement sous-cutané traumatique de la paroi abdominale. (En collaboration avec M. Lorin.) — *Archives générales de Chirurgie*, 1911, p. 1321.

Année 1912

Des troubles urinaires provoqués par les fibromes du col. — *Journal de l'Urologie médicale et chirurgicale*, janvier 1912.

Note sur un grand kyste de la capsule surrénale. — *Journal de l'Urologie médicale et chirurgicale*, février 1912.

Note sur la toxicité des prostates hypertrophiées. (En collaboration avec le Dr Gaillardot.) Pour paraître prochainement.

Traitement des tuberculoses urinaires. (En collaboration avec le Dr Chevassu.) — *Congrès de la Tuberculose*, Rome, 1912.

Indications du traitement hydrominéral dans les maladies de l'appareil urinaire. (En collaboration avec le Dr Linossier.) *Paris médical*, mars 1912.

Le rein en fer à cheval. (En collaboration avec Papin.) — *Revue de Gynécologie et de Chirurgie abdominale*, février 1912.

Fibrome de l'intestin — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, 1912.

Rupture spontanée du pédicule d'un kyste de l'ovaire. Rapport sur une observation de Le Moniet. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1912.

Rupture du rein. Suture. Guérison. Rapport sur une observation de Le Moniet. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1912.

Les rétrécissements consécutifs aux ruptures traumatiques de l'urètre et leur traitement. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 24 février 1912, 115.

Rupture spontanée du pédicule d'un kyste dermoïde de l'ovaire. Rapport sur une observation de Le Moniet — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, p. 315.

Rupture traumatique du rein gauche. Hématome prolongé. Suture du rein. — Rapport sur une observation de Le Moniet, p. 318.

Les progrès de la radiographie dans l'exploration de l'appareil urinaire non lithiasique. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, p. 335.

Déchirure du rein avec hématuries tardives Rapport sur une observation de le Jemtel. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, 1912, p. 349.

De la radiographie des tumeurs de la vessie, t. XXXVIII, 1912, p. 359.

Comment traiter une cystite tuberculeuse accompagnant une tuberculose rénale inopérable — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1912, p. 164.

Radiographie dans le bismuth des calculs uniques de la vessie. *Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, p. 432.

Traitement du prolapsus rectal étranglé. *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, p. 447.

Eclatement traumatique sous-péritonéal en quatre perforations de la vessie. *Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, p. 452.

De l'ictère et des troubles hépatiques dans le rein mobile. *XVe Session de l'Association française d'Urologie*, octobre 1911, p. 420.

Les fonctions sexuelles après la prostatectomie de Freyer. *XVe Session de l'Urologie*, 1911-1912, p. 683.

Des exclusions rénales et vésicales dans la tuberculose. *La Clinique*, avril 1912, p. 214.

Rupture rénale. — *La Clinique*, avril 1912, p. 214.

L'âge de la prostatectomie. — *Paris Médical*, mai 1912, p. 555.

Les ruptures de la vessie. — *Journal des Praticiens*, 1912, p. 293.

La cystoradiographie. (Avec Papin et Maingot.) — *Journal d'Urologie*, 15 juin 1912, p. 749.

Toxicité générale des extraits de prostate hypertrophiée. — *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgical*, 15 juillet 1912, p. 1.

Les ruptures du rein. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 1912, p. 546.

Rupture de la vessie. Contusion du rein. — *Journal de Médecine et de Chirurgie pratique*, 10 octobre 1912, p. 803, art. 23805.

Critique de la polyurie expérimentale. (Avec de Berne-Lagarde.) — *Journal d'Urologie*, 15 octobre 1912, p. 461.

Quelques notions pratiques sur le traitement des rétrécissements non traumatiques de l'urètre. — *Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 9 novembre 1912, p. 721.

De la radiographie des rétentions rénales. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, n° 35, p. 1306.

Leçon d'ouverture sur la pathologie rénale de l'appareil urinaire. — *Presse médicale*, 1912, n° 94, p. 949.

Exclusion vésicale dans la tuberculose. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXVIII, n° 37, p. 1378.

Hydronéphrose et pyélographie. — *La Clinique*, 20 décembre 1912, p. 802.

Le problème actuel de la cystite tuberculeuse. — *Bulletin médical*, 13 janvier 1913, p. 47.

Les conséquences chirurgicales de la terminalité des artères du rein. — *Le Mouvement médical*, t. I, n° 1, janvier 1913, p. 35.

Le phlegmon diffus périvésical d'origine prostatique. — *Journal d'Urologie Médicale et Chirurgicale*, t. III, n° 1, 15 janvier 1913, p. 1.

Enorme dilatation pelvienne et lombaire d'un uretère anormal abouché dans l'uretère. Rapport sur l'observation de Alglave et Papin. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XXXIX, n° 3, p. 110.

Année 1913

Exploration radiographique de l'appareil urinaire. — Un ouvrage chez Gittler, 1913.

Indications et contre-indications opératoires des reins calculeux. — *Progrès médical*, 8 février 1913, p. 74.

Valeur clinique et interprétation de la constante uréosécrétoire. — *Journal d'Urologie Méd cale et Chirurgicale*, t. III, n° 3, p. 289, 15 mars 1913.

Les énergies physiques et intellectuelles après la prostatectomie. — *Bulletin médical*, 26 avril 1913.

L'épingle à cheveux dans la vessie. — *Journal des Praticiens*, 1913, p. 133.

Des indications de la lithotritie. — *Mouvement médical*, juin 1913, p. 253.

De la voie transpéritonéovésicale dans le traitement de certaines fistules vésicovaginales opératoires. — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. I. fasc. 1, p. 1.

Technique et accidents de la Pyélographie. (En collaboration avec Papin.) — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. 1, fasc. 1, p. 12.

La transfusion du sang dans les grandes hémorragies urinaires. — *Journal d'Urologie*, 1913, t. II, p. 1.

De l'électro-coagulation des tumeurs de la vessie. — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. 1, p. 131.

Etude sur la concentration maxima dans ses rapports avec l'azotémie. — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. 1, p. 275.

Lithiase rénale. — *Encyclopédie française d'Urologie*, Doin, 1913.

Des staphylococcémies d'origine urinaire. — *Journal d'Urologie*, 1913, t. IV, n° 6, p. 893.

Le fonctionnement de la Clinique de Necker en 1912-1913. — *Presse médicale*, 1914, 17 janvier.

Valeur clinique de l'éosinophilie de l'adénome prostatique. (En collaboration avec Morel.) — *XVIIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1913, p. 366.

Des péricystites. — *XVIIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1913, p. 248.

Indications de l'épreuve de la concentration maxima. — *XVIIe Session de l'Association française d'Urologie*, 1913, p. 419.

Dilatation congénitale des uretères. — *XVIIe Session de l'Association française d'Urologie*, p. 715.

Valeur de l'éosinophilie dans le diagnostic des affections chirurgicales de la prostate. (En collaboration avec Morel.) — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. 1, fasc. 3, p. 295.

Année 1914

Des applications de la constante à la néphrectomie pour tuberculose. — *Journal d'Urologie*. 15 janvier 1914, t. V, n° 1, p. 1.

L'énucléation intra-prostatique (ancienne prostatectomie). — *Le Monde Médical*, 5 février 1914, p. 95.

Rupture traumatique complète de l'uretère. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XL, n° 4, 1914, p. 106.

Guérison par la radiumthérapie d'un cancer urétro-vaginal inopérable. (En collaboration avec Chéron). — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie de Paris*, XL, n° 6, 17 février 1914, p. 177.

Les rétrécissements infranchissables. — *Revue pratique des maladies des organes génito-urinaires*, janvier 1914, p. 8.

L'anesthésie régionale dans la néphrectomie pour tuberculose rénale. Rapport sur cinq observations de Jourdan. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XL, 1914, p. 594

L'anesthésie locale de la prostatectomie. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XL, 1914, p. 621.

De la dilatation permanente des orifices urétéraux et du réflexe vésico-rénal. (En collaboration avec Papin.) — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. I, p 377.

Etude anatomique de la tuberculose rénale (origine, évolution, **processus de guérison**). (En collaboration avec Papin et Verliac.) — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. I, p. 432.

De l'exploration des fonctions rénales en chirurgie. (Collaboration Ambard et Grumeau.) — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. I, p. 498.

Traité médico-chirurgical de Gynécologie. — Paris, 1914, Alcan, 4e édition.

Année 1915

Sur les blessures des nerfs par plaies de guerre. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XVI, février 1915, p. 242.

L'incontinence d'urine et les psychoses vésicales chez les combattants. — *Académie de Médecine et Revue générale de Clinique et de Thérapeutique*, 20 mars 1915, no 12, p. 177.

De l'extraction des balles de la vessie par les voies naturelles. — *Académie de Médecine*, 2 novembre 1915.

Autoplastie des corps caverneux avec un lambeau d'aponévrose du fascia lata. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1915, t. XLI, no 37, p. 2096.

Deux observations de corps étrangers de la vessie. Rapport sur deux observations de Fabre — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XLI, p. 2176, 17 novembre 1915.

Récidive de calcul par fistule osseuse traumatique de la vessie. —*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1915, t. XLI, p. 2181.

Année 1916

Eclat d'obus dans l'épididyme. Anévrysme artério-veineux de la fémorale. —*Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1915, t. XLII, p. 328.

L'autoplastie veineuse de l'urètre traumatisé. —*Presse médicale*, 30 mars 1916, p. 137.

L'anesthésie locale de la prostatectomie. — *Academie de médecine*, 4 avril 1916.

Anurie calculeuse. — *Journal des Praticiens*, 16 septembre 1916, no 38, p. 593.

Plaies du rein. Rapport sur une observation de Lorin. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1916, p. 2221, t. XLII.

Des calculs vésicaux chez les blessés de la vessie. — *Bulletins de l'Académie de Médecine*, 5 décembre 1916.

Année 1917

La lithotritie des corps étrangers incrustés. — *Journal des Praticiens*, 3 mars 1917, p. 129.

Cliniques de Necker. 1 vol. in-8 de 378 p. avec 68 fig. 1917.

Considération générale sur les plaies de la vessie. — *Journal d'Urologie*, t. VII, 17, 18, no 1, p. 1.

Du rôle de la constante néo-sécrétoire en chirurgie. (En collaboration avec Chabanier.) — *Paris médical*, 20 octobre 1917, p. 305.

Année 1918

Etude critique de l'azotémie et de la constante. (En collaboration avec Chabanier.) — *Presse Médicale*, 8 avril 1918.

Les gangrènes vésicales par anaérobie. — *Journal d'Urologie*, 17-18, p. 106, n° 2.

Simplification à l'extraction cystoscopique des épingles à cheveux de la vessie — *Journal d'Urologie*, 17-18, n° 2, p. 151.

L'autoplastie muqueuse de l'urètre. — *Paris médical*, 1er juin 1918, n° 22, p. 417.

Note sur un cas d'oblitération chirurgicale d'une fistule recto-vésicale chez un blessé de guerre. Rapport sur une observation de R. Lorin. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, t. XLIV, n° 17, 21 mai 1918, p. 881.

Le mécanisme des rétentions vésicales d'origine prostatique. — *Bulletins de l'Académie de Médecine*, 14 novembre 1918, n° 46.

Année 1919

Repair of uretral defects by tubular grafts of vaginal mucosa. — *The Journal of Urol.*, octobre 1918, p. 369.

De la voie transpéritonéo-vésicale pour la cure de certaines fistules vésico-vaginales. — *Bulletins et Mémoires de la Société de Chirurgie*, 4 février 1919, p. 170.

L'azotémie des rétentionnistes urinaires. — *Presse médicale*, 20 mars 1919, p. 141.

Le mécanisme des rétentions vésicales. — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, t. II fasc. 2.

La cystoradiographie. (En collaboration avec Papin.) — *Presse médicale*, 3 décembre 1919, p. 733.

Année 1920

Le traitement immédiat des plaies de la vessie. (En collaboration avec Gouverneur.) — *Archives urologiques de la Clinique de Necker*, p. 289.

Traitement des indurations plastiques des corps caverneux par l'excision et l'autoplastie avec l'aponévrose du fascia lata. — *Archives urologiques de la clinique de Necker*, p. 415.

Les orientations nouvelles du problème de la néphrectomie. — *Journal d'urologie*, 1920, n° 1 p. 1.

Traitement des fistules vésico-vaginales opératoires. — *Bulletins et Mémoires de la Société française d'Urologie*, juin 1919, p. 44.

Discussion sur les fistules duodénales après la néphrectomie. — *Bulletins de la Société française d'Urologie*, 1920, n° 2, p. 20.

Pyélographie pour rétrécissement de l'uretère. — *Bulletins de la Société française d'Urologie*, 1920, p. 40.

Fistules intestinales après le néphrectomie. — *Bulletins de la Société française d'Urologie*, 1920, p. 83.

La vaccinothérapie dans les infections urinaires. — *Bulletins de Société française d'Urologie*, 1920, p. 55.

Les grandes hématuries dans la tuberculose rénale. (En collaboration avec Papin.) — *Bulletins de la Société française d'Urologie*, 1920, p. 56.

Pyélographie d'un kyste hydatique du rein. — *Bulletins de la Société française d'Urologie*, 1920, p. 69.

Calcul du bassinet. Rapport sur une observation de Iselin. — *Bulletins de la Société française d'Urologie*, 1920, p. 88.

Du pronostic post-opératoire chez les néphritiques (En collaboration avec Chabanier). — *Société française d'Urologie*, juillet 1920.

La chirurgie des uretères doublés. — *Académie de Médecine*, novembre 1920.

TRAVAUX PUBLIÉS SOUS MON INSPIRATION OU DOCUMENTÉS PAR DES OBSERVATIONS DE MA PRATIQUE

1895. — MEIGNAN. **Du phlegmon de la cavité de Retzius.** — *Thèse de Doctorat*, 1895.

1896. — GRAILLE. **Des calculs salivaires.** *Thèse de Paris*, 1896.

— LANESSUS. **Traitement des anévrismes de la crosse de l'aorte par la ligature simultanée de la carotide et de la sous-clavière droite.** — *Thèse inaugurale*, Paris, 1896.

1897. — MARTIN. **Traitement des fistules vésico-vaginales.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1897.

1898. — CHEVALIER. **Technique de l'hépatopexie. Procédé de Legueu.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898.

1898. — AUDEBAL. **De l'épididymectomie dans la tuberculose testiculaire.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898.

— MAILLARD. **De la torsion des salpingites.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898.

— VALETTE. **Étude sur le cancer secondaire de l'ombilic.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898

— CHARTIER. **Propagation du cancer du sein aux vaisseaux axillaires. Indications cliniques et opératoires.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1898.

— JEANBRAU. **De la voie sous-péritonéale dans les suppurations du bassin.** — *Thèse de Montpellier*, 1898. (Contient deux observations personnelles de laparotomie sous-péritonéale.)

1899. — MASSON. **Hystérectomie vaginale et abdominale dans le traitement des suppurations pelviennes.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899. (Contient onze observations personnelles d'hystérectomie abdominale.)

— MORNAC. **De l'hygroma sous-deltoïdien.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899.

— MOUILLE. **Des kystes hydatiques rétro-vésicaux.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899.

— CARBONELL. **Les indications de l'astragalectomie dans les luxations irréductibles de l'astragale.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899.

— MONTANA. **Résultats éloignés des opérations conservatrices.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899. (Contient deux observations personnelles de salpingostomie.)

— PELTRE. **Traitement du paraphimosis par la circoncision d'urgence.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1899.

1900. — Mlle WARCHOVSKAIA. **Cancer de l'utérus et compression des uretères.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1900.

— TROMBERT. **Du cathétérisme rétrograde de l'urètre.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1900.

— CABANIOLS. **Des kystes tubo-ovariens.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1900.

1901. — DÉGAROIN. **Des tumeurs végétantes de l'ovaire.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1901.

1902. — DECQ. **Cerclage de l'olécrâne.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1902.

— STEINAR. **Tumeurs du foie opérées n'ayant été reconnues syphilitiques qu'après l'intervention.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1902.

1903. — AURIAU. **Contribution à l'étude des plaies de l'artère sous-clavière.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1903.

— ARGILOUZE. **De l'hystérectomie abdominale pour prolapsus utérin.** — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1903.

1905. — Bordessoule. Phlébite dans l'appendicite à froid. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1904.

— Gras. Des collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1904.

— Charrier. Calculs de la portion pelvienne de l'uretère. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1905.

— Durand. Du rôle des vaisseaux anormaux dans la pathogénie de l'hydronéphrose. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1905.

1906. — Gloumeau. Résultats éloignés des opérations conservatrices sur les organes génitaux de la femme. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1906.

— Chevassu. Tumeurs du testicule. *Thèse de Doctorat*, Paris, 1906. (Contient trois observations personnelles de tumeur du testicule.)

1907. — Morel. Des parotidites post-opératoires. — *Thèse de Doctorat*, Paris, 1907.

1908. — Papin. Des fonctions sexuelles après la prostatectomie. (Contient trois observations personnelles.)

1910. — Morel. Le traitement des fractures par la médication parathyroïdienne. — *Archives générales de Chirurgie*, mars 1910, p. 231.

— Deverre. De l'hydronéphrose traumatique. — *Thèse de Paris*, 1910.

1911. — Guillaume. Signes d'obstruction biliaire dans les affections chirurgicales du rein droit. — *Thèse de Paris*, 1910-1911.

— Aybar. Les canaux éjaculateurs dans l'hypertrophie prostatique. Les fonctions sexuelles après la prostatectomie de Freyer. — *Thèse de Paris*, 1910-1911.

— Gastaldi. Inégalité de volume des reins et atrophie unilatérale congénitale. — *Thèse de Paris*, 1910-1911.

1911. — Girard. Le rein ectopique. — *Thèse de Paris*, 1911.

1912. — Louis Morel. Les parathyroïdes. — Un volume, 1912.

— Di Chiara. De l'exclusion vésicale dans la tuberculose. — *Thèse de Paris*, 1911-1912.

1913. — M. Arama. La pyélographie, mai 1913.

1914. — Lorin. L'uretère après la néphrectomie. — *Thèse de Paris*.

1915. — Huyghes de Beaufond. Des rétrécissements inflammatoires de l'urètre postérieur. — *Thèse de Paris*, 1915.

1915. — Goulard. Les conséquences chirurgicales de la terminalité des artères du rein. — *Thèse de Paris*, 1915.

1917. — Kfouri. La localisation des corps étrangers de guerre et des calculs dans la vessie.

EVREUX, IMPRIMERIE CH. HÉRISSEY